Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrició Infantil

Proyecto Ecuador Libre de Desnutrición Infantil - PELDI

Ministerio de Salud Pública

Antropometría

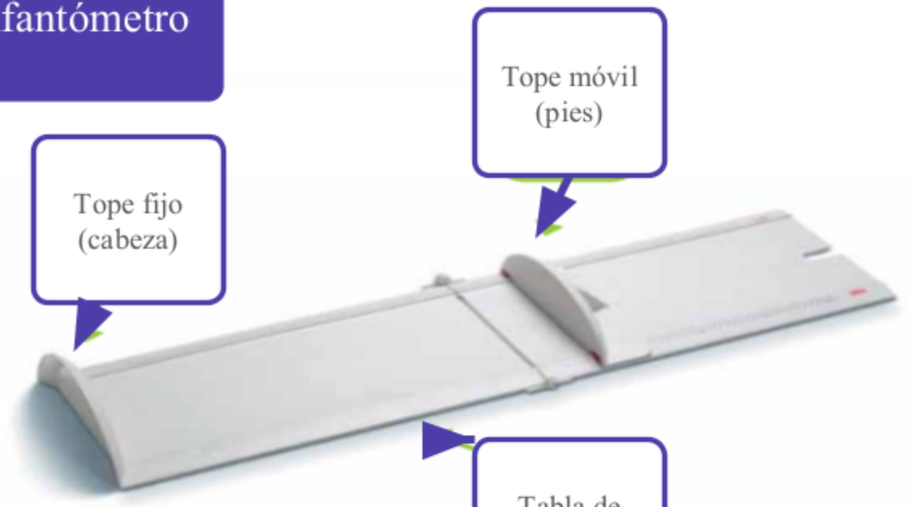
El término antropometría proviene del griego anthropos (hombre) y metrikos (medida) y trata del estudio cuantitativo de las características físicas del hombre

Las medidas se toman habitualmente para una amplia variedad de propósitos, tales como el seguimiento de atletas, control de crecimiento, desarrollo, envejecimiento y rendimiento motor.

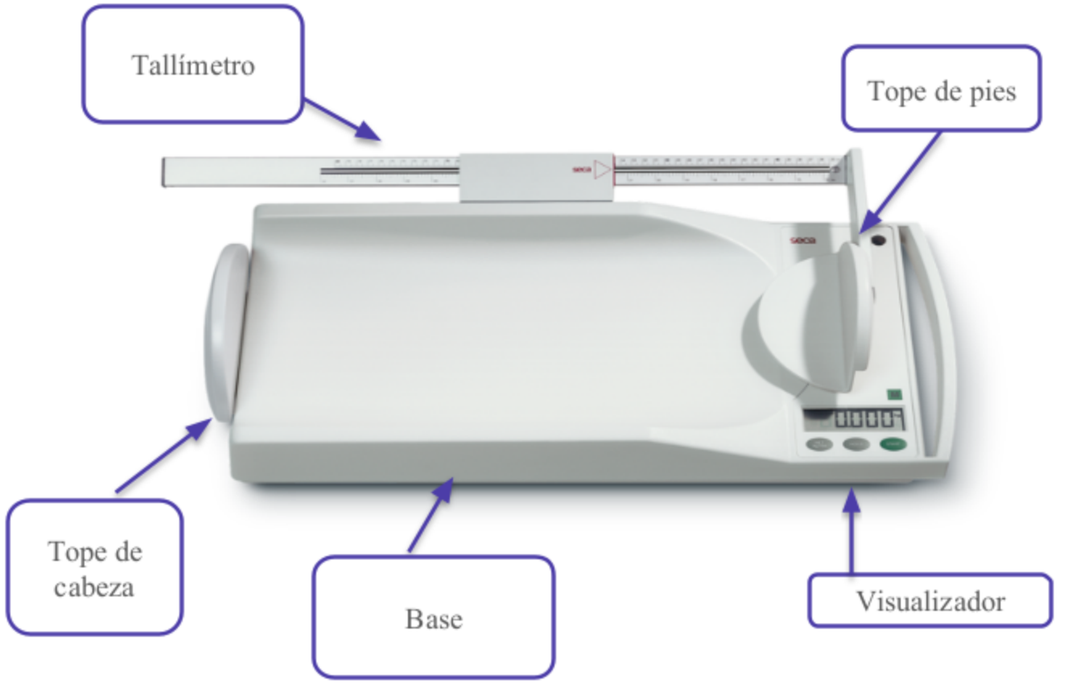
Fuente: Caryon, R.g., Gore, C.J., Woolford, S.M., & Bryant, R.W. (1996). Calibrating Harpenden skinfold caliper. In: K.I. Norton / T. Olds. Anthropometrica (pp. 97-118). MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Antropometría

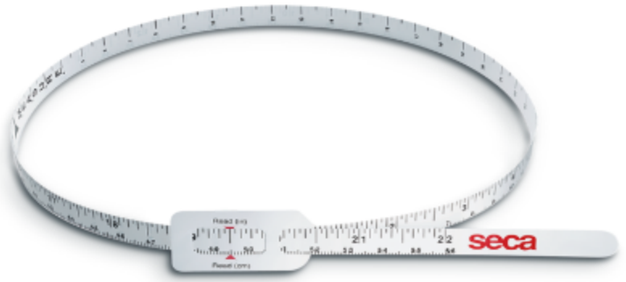
Infantómetro



Balanza



Cinta de perímetro cefélico

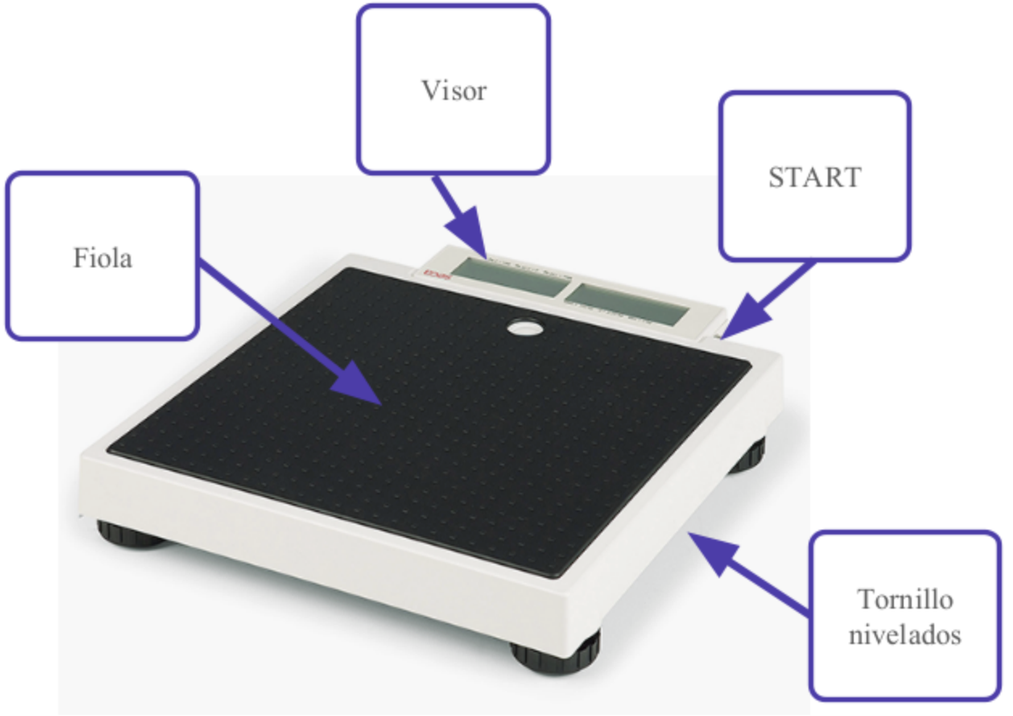


Fuente:

MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.
SECA. Manual de producto. Pesabebés electrónico portátil 334.

Antropometría

Balanza electrónica



Tallímetro portátil

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.
SECA. Manual de producto. Pesabebés electrónico portátil 334.

Mantenimiento

Balanza, infantómetros y tallímetros

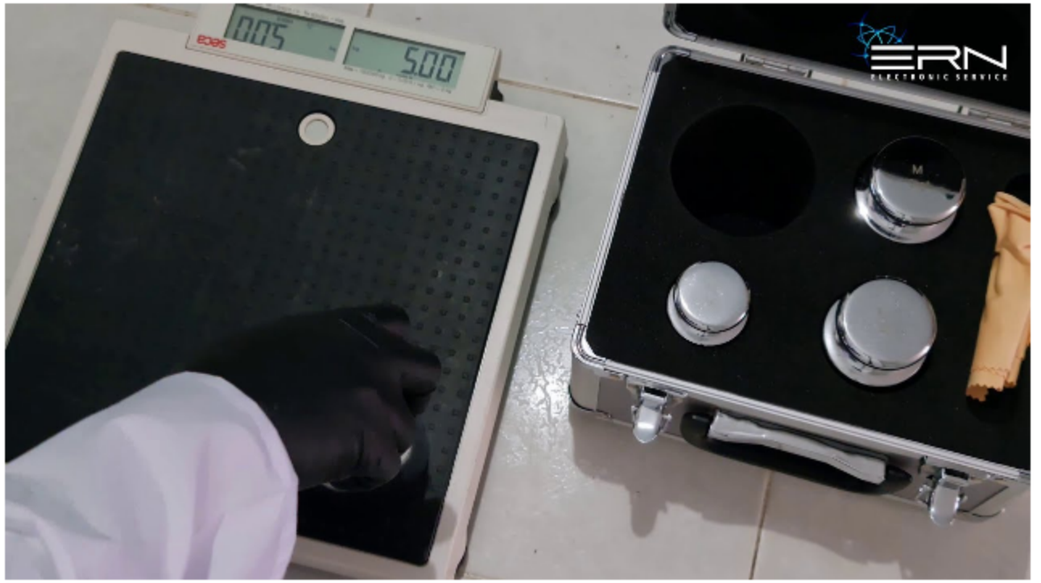
- Mantenga el equipo limpio y guárdelo a temperatura ambiente, protegido de la humedad.
- Antes de cada limpieza, asegúrese de que el equipo este apagado.
- La exactitud del equipo debe revisarse al momento de su entrega.
- Revisar al menos una vez a la semana la balanza los infantómetros y tallímetros.
- Revise que la cinta métrica pueda ser leída. Si está demasiado desgastada para ser leída, debe sustituirse.

Fuente: INS/CENAN. Modulo Medidas antropométricas, registro y estandarización, INS/CENAN, Lima 1998

Calibración

Balanza

- Colocar un objeto de peso conocido en la balanza, por ejemplo, se puede utilizar una pesa de cinco kilos o un recipiente de plástico con cinco litros de agua o cinco kilos de arena.
- Si el resultado obtenido no es el mismo (5 kg) se procederá a calibrar con el dispositivo correspondiente que tiene cada balanza.



Si la balanza no puede ser calibrada no debe ser usada

Fuente: INS/CENAN. Modulo Medidas antropométricas, registro y estandarización, INS/CENAN, Lima 1998

Calibración

Infantómetros y tallímetros

- La calibración del tallímetro se realiza cada vez que sea transportado de un ambiente a otro, con la finalidad de controlar la precisión antes de usarse.
- Se requiere reglas de dos tamaños, una corta de 30 cm. y otra larga de 60 cm para su calibración
- Revisar la base, verificar que la cinta métrica tenga los números , líneas visibles, esté perfectamente pegada a la barra del tallímetro y arranque en posición de "O" cm.
- Revisar que el tope móvil no tenga movimiento de vaivén de más de 0.2 cm, que se deslice sin dificultad en ambas direcciones.
- Si hay diferencia de 0.3 cm o más entre la longitud de la regla y el tallímetro, revise cuidadosamente los componentes del tallímetro, puede ser que existan tornillos sueltos, partes quebradas o esquinas gruesas que necesiten pulirse.

Si persiste la diferencia, no lo utilice

Fuente: INS/CENAN. Modulo Medidas antropométricas, registro y estandarización, INS/CENAN, Lima 1998

Actores para la toma de antropometría

Antropometrista

Realiza la medición y efectúa la lectura de la medida en el momento exacto.

Asistente

Anota la medida, repite inmediatamente el dato en voz alta y lo anota en el formulario respectivo.

Fuente: INS/CENAN. Modulo Medidas antropométricas, registro y estandarización, INS/CENAN, Lima 1998

Protocolos valoración antropométrica en niños menores de 2 años

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Medición de peso niños menores de 2 años (balanza madre-bebé)

Antropometrista

1. Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude.
2. Encienda la balanza, cuando aparezcan los números 0.0 en la pantalla, la balanza está lista.
3. Pídale a la madre que entregue el niño/ña al asistente.
4. Pídale que se pare en la mitad de la balanza, con los pies ligeramente separados, tratando de no moverse, mirando hacia al frente con los brazos caídos a los lados.

Ángulo de 45º

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de peso niños menores de 2 años (balanza madre-bebé)

Asistente o cuidador del niño/a

1. Asegúrese de que el niño/ña esté con una sola prenda, con el pañal limpio y seco.
2. Con la madre en la balanza presione el botón de tara para "encerar". La balanza está lista cuando la pantalla muestre los números 0.0
3. Entregue el niño/ña a la madre y pídale que se mantenga inmóvil. El peso del bebé aparecerá en la pantalla, momento en el cual registrará. Repitan el procedimiento y luego registre el peso del niño/ña en la casilla correspondiente.
4. Si la diferencia entre el primero y el segundo peso es más de 0,5 kg, procedan a una tercera toma y registren el dato

Si la madre tiene sobrepeso (ej.:, > de 100 kg), y el peso del bebé es relativamente bajo (ej.:,<2,5 kg), puede que el peso del bebé no se registre en la balanza. En ese caso, se realizará con una persona sin sobrepeso.

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de peso niños menores de 2 años (balanza digital pediátrica)

Antropometrista

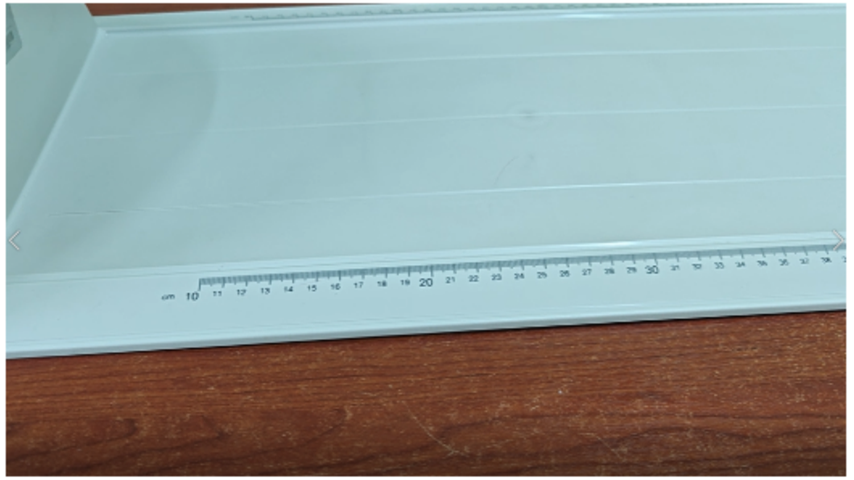
1. Asegúrese de que la balanza sea colocada en una superficie plana, sólida y pareja.
2. Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude. Es necesario que el niño se quite la ropa exterior a fin de obtener un peso exacto (sin pañal húmedo, zapatos o pantalón).
3. Calibrar y encerar la balanza pediátrica.
4. Colocar al niño en la balanza sentado o acostado evitando que se mueva mucho o se sostenga de las superficies de la balanza.

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de peso niños menores de 2 años (peso del menor solo)

Antropometrista

1. Informar a la madre acerca del procedimiento a seguir.
2. Ponga la balanza en una superficie plana, evitando desniveles.
3. Revise que la balanza esté encendida, cuando aparezcan los números 0.0 está lista para pesar



Asistente o cuidador del niño/a:

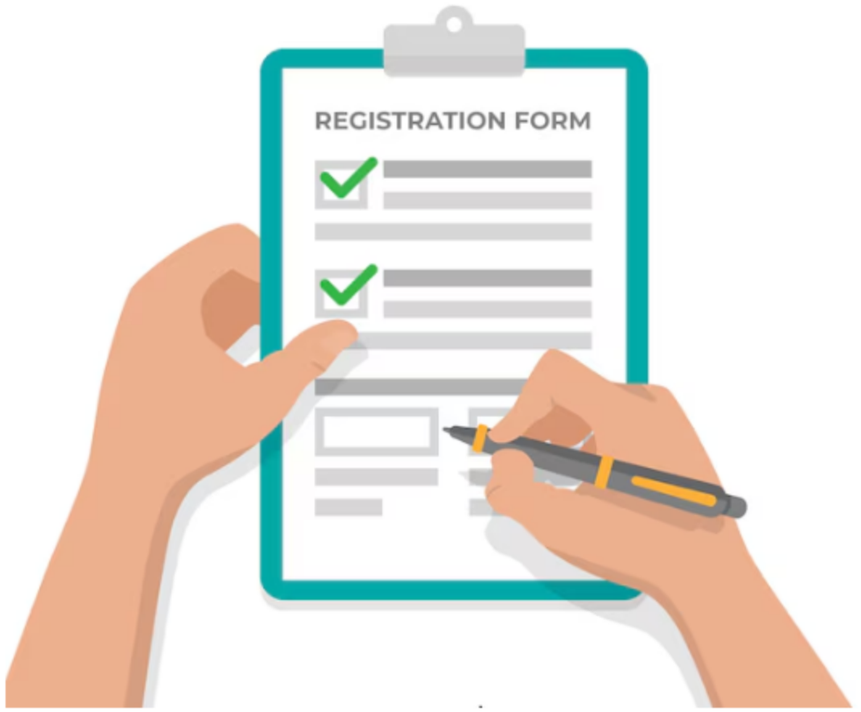
1. Pida a la madre que ayude al niño o niña a quitarse los zapatos y la ropa exterior. Déjelos con una sola prenda.
2. Verifique que el niño o niña no haya ingerido alimentos momentos antes y durante el procedimiento. Certifique que previamente haya ido al baño.

Si el niño o niña tiene dos años y se puede parar por sí mismo

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Registro de datos de peso

1. Peso en kilogramos (kg).
2. Se registre con un decimal correspondientes a los gramos (g).
3. Repita el procedimiento, por segunda vez desde el principio. Anote el peso del niño/a.
4. Si no hay diferencia de 0,5kg, realice el promedio de las dos tomas y registre.



Si entre las dos medidas hay una diferencia de más de 500 g (0,5kg), proceda a tomar una tercera medida y registre la última toma.

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de longitud a niños menores de 2 años

Antropometrista

1. Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude.
2. Coloque el infantómetro en una superficie plana y sólida, como una mesa
3. Coloque sobre la superficie del infantómetro una tela delgada o papel suave para guardar la higiene del caso y la comodidad del niño/a.
4. Colóquese del lado del infantómetro (flecha 7), donde se encuentre la cinta métrica, de tal manera que usted pueda ver la escala métrica.
5. Sostenga las piernas (flecha 5). y el tope fijo de los pies del niño o niña (flecha 6).

Asistente o cuidador del niño/a:

1. Colóquese detrás del tope fijo del infantómetro (flecha 1). Si este se encuentra en el piso, arrodíllese

Medir la longitud en posición decúbito supino (boca arriba).

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

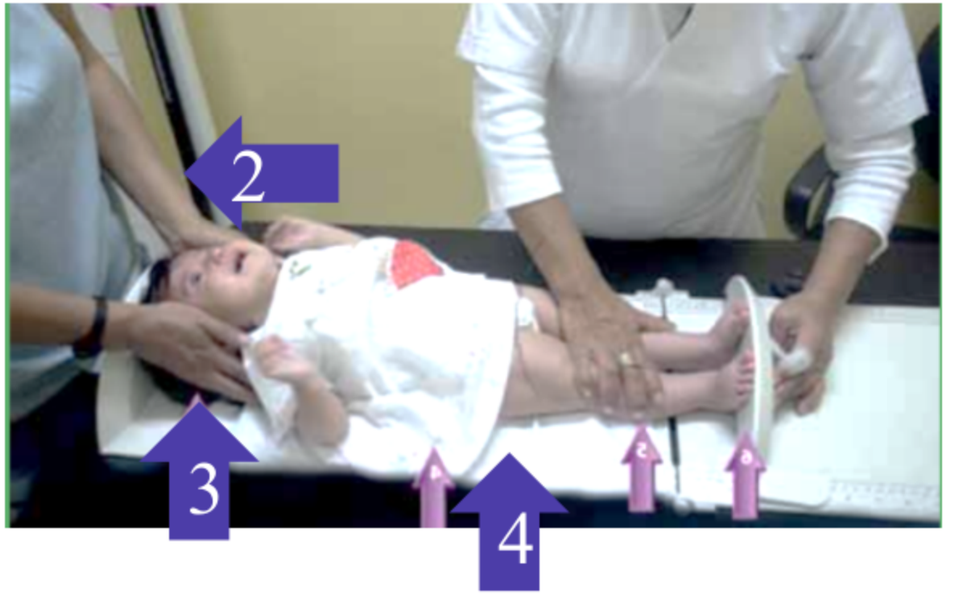
Medición de longitud a niños menores de 2 años

Antropometrista

1. Revise que el niño o niña se encuentre acostado, recto, en el centro y a lo largo de la tabla y que no cambie su posición (flecha 4).
2. Los hombros deben tocar la tabla, y la espalda no debe estar arqueada.

Asistente o cuidador del niño/a:

1. Con los brazos extendidos (flecha 2) ponga sus manos abiertas sobre las orejas del niño o niña
2. (flecha 3) y mantenga la cabeza del niño o niña contra el tope fijo del infantómetro, logrando que la mirada apunte recto hacia arriba (logrando establecer el Plano de Frankfurt).



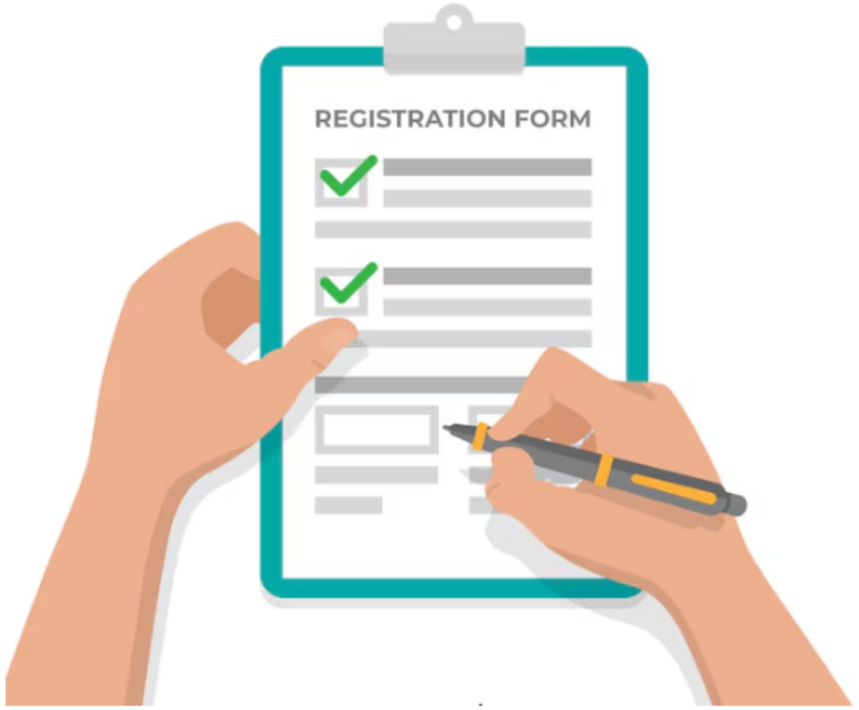
Si el menor dobla los dedos y no permite que el tope móvil toque las plantas de los pies, realice un cosquilleo y cuando estire los dedos deslice rápidamente el tope hacia los pies. Lea la medición

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de estatura a niños menores de 2 años

Procedimiento de preparación

1. Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude.
2. El niño o niña deberá estar sin zapatos y sin medias.
3. Solicite a la madre que deshaga las trenzas y retire los accesorios para que no interfiera con la medición de la estatura.
4. Pida a la madre que capte la atención de niño/a, que lo mantenga tranquilo mientras sea necesario y que le avise si el niño cambia de posición.

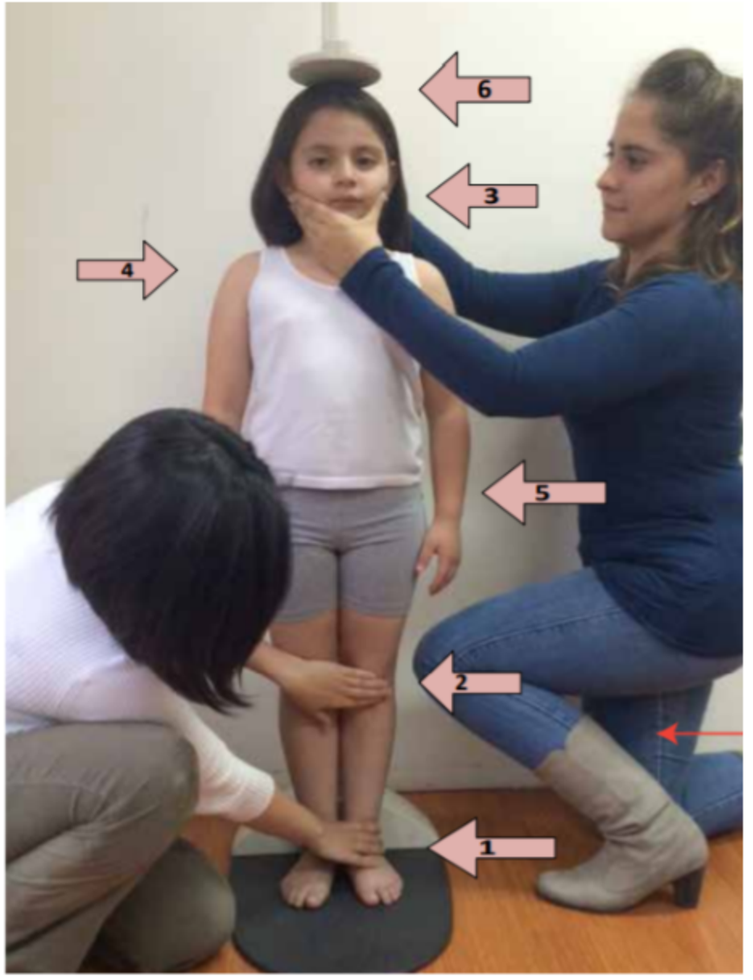


Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de estatura a niños menores de 2 años

Procedimiento de la toma

1. Coloque los pies del niño formando un ángulo de 45° y talones juntos en el centro de la plataforma, pegados por la parte de atrás al tallímetro
2. Coloque su mano derecha apoyar tobillos (flecha1).
3. Mano Izquierda apoyar las rodillas hacia la regla (felcha2)
4. Mano Izquierda sujetar el mentón (flecha 3)
5. Hombros nivelados (flecha 4)
6. Brazos relajados (flecha 5)
7. Mano Derecha sujetar escala de lectura (flecha 6)



Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

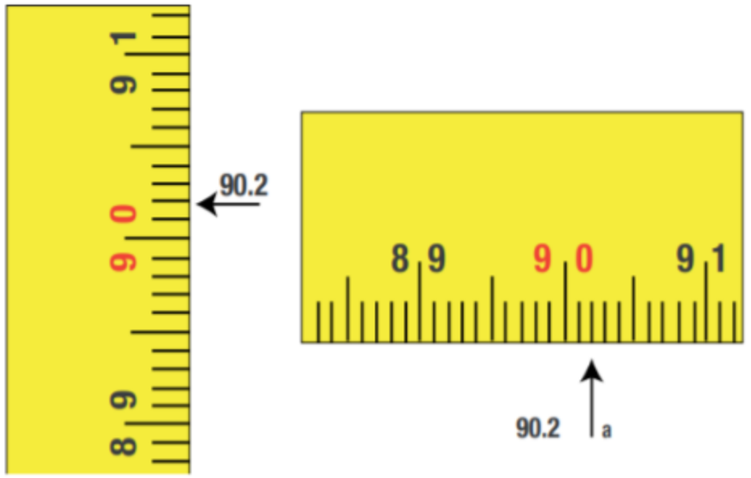
Forma de anotar el dato

1. Se registra en centímetros hasta el último milímetro.
2. Esto corresponde a la última línea que usted es capaz de ver. (0,1 cm = 1 mm).
3. Repita el procedimiento, por segunda vez desde el principio. Anote la longitud o estatura del niño/a.
4. Si no hay diferencia de 0,5cm, realice el promedio de las dos tomas y registre.

- Si entre las dos medidas es mayor a ±0,5cm, proceda a tomar una tercera medida y registre la última toma.
- Si un menor no permite estar acostado boca arriba para medirle la longitud, mídale la talla, sume 0,7 cm y registre el valor ajustado.

- Recuerde que resulta casi imposible estirar las rodillas de los recién nacidos tanto como en los niños/as mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente, de manera que debe aplicar una presión suave y delicada.
- Si el niño/a está demasiado inquieto y no es posible mantener ambas piernas en la posición correcta, tome la medición con una sola pierna en la posición señalada.

Forma de leer el dato



Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de perímetro cefálico niños < 2 años

Procedimiento de preparación:

1. Explique los procedimientos a la madre y prepárela para que le ayude.
2. El niño o niña deberá estar sin gorros o binchas
3. Pida a la madre que capte la atención de niño/a, que lo mantenga tranquilo mientras sea necesario y que le avise si el niño cambia de posición.

Medición de perímetro cefálico niños menores de 2 años

Antropometrista

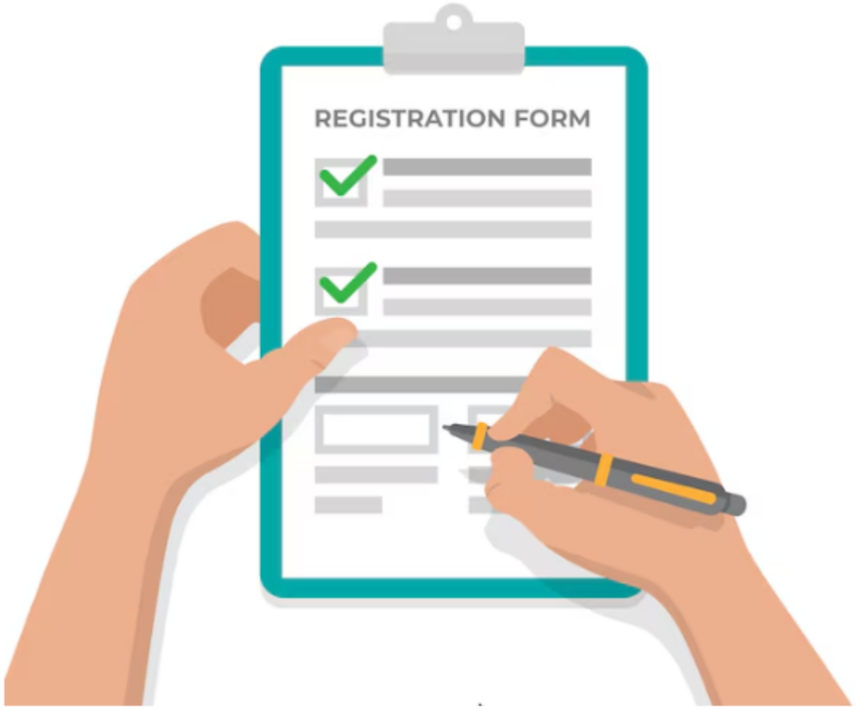
1. Con la cinta métrica, rodee firmemente la cabeza del bebé alrededor de la circunferencia máxima.
2. Pásela por la parte más prominente de la frente y por detrás de la protuberancia occipital.

Diagnóstico para indicar
Macrocefalia : mayor a +2 DE
Normal: entre +2 y -2 DE
Microcefalia entre -2 y -3 DE
Microcefalia grave: De menor a – 3DE

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Registro de datos de peso

1. Se registra en centímetros y un decimal (0.1 cm)
2. Esto corresponde a la última línea que usted es capaz de ver. (0,1 cm = 1 mm).



Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Monitoreo de crecimiento

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Monitoreo de crecimiento

Detectar y prevenir problemas de crecimiento

- Peso
- Estatura
- Perímetro cefálico (< 2 años)

Fuente: OMS/OPS, (2009). Midiendo el Crecimiento de un Niño.

Tendencia de crecimiento

Si tenemos varios puntos graficados en las curvas, estos puntos se unirán con líneas rectas entre ellos, de ese modo tendremos una línea que representa la tendencia en el tiempo de acuerdo al indicador que estemos evaluando, las señales de alerta dependerán del estado nutricional del niño/a.

Fuente: MSP, (2011).Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña.

Indicadores de crecimiento de niños > de 5 años

Desviaciones estándar	Peso para longitud o talla	Peso para la edad	Longitud o talla para la edad	Perímetro cefálico para la edad (<2 años)
Por encima de 3	Obesidad	(ver nota 2)	*(ver nota1)*	Macrocefalia *(ver nota 4)*
Por encima de 2 *de +2.01 a +3*	Sobrepeso		Rango normal	
Por encima de 1 *de + 1.01 a +2*	Riesgo de sobre peso		Rango normal	Rango normal
0 (mediana) *de +1 a -1.0*	Rango normal	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -1 *de -1.01 a -2*	Rango normal	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -2 *de -2.01 a -3*	Desnutrición aguda moderada	Peso bajo	Desnutrición crónica o talla baja *(ver nota 3)*	Microcefalia *(ver nota 4)*
Por debajo de -3	Emaciación severa o desnutrición aguda severa *(ver nota 5)*	Bajo peso severo	Desnutrición crónica severa o baja talla severa *(ver nota 3)*	

Fuente: OMS/OPS, (2009). Midiendo el Crecimiento de un Niño.

Indicadores de crecimiento de niños > de 5 años

NOTAS:

1. Un niño en este rango es muy alto para su edad. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que revele un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos, como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha un desorden endocrino, refiera al niño para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño excesivamente alto/o para la edad).
2. Un niño cuyo peso para la edad se ubica en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con el análisis del indicador Peso/longitud o talla.
3. Un niño con retardo en talla, baja talla o baja talla severa puede desarrollar sobrepeso.
4. Los niños catalogados con macrocefalia o con microcefalia requieren referencia para evaluación médica especializada.
5. Solo es necesario referir al niño si tiene factor de riesgo adicional además de la desnutrición aguda severa

Fuente: MSP (2018) Manual de atención Integral a la niñez

PROTOCOLOS PARA LA VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA MUJERES EMBARAZADAS

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Medición de peso gestantes

Antropometrista

1. Informar a la persona acerca del procedimiento a realizarse.
2. Pídale que se quite los accesorios extras o voluminosa (saco, poncho, faja, polleras, collares, hualcas, sombrero, etc.); Solicite que se saque los zapatos.
3. Verifique que la persona no haya ingerido alimentos y que haya ido al baño previamente.
4. Solicite a la persona que se suba en la mitad de la balanza, con los pies ligeramente separados formando un ángulo de 45°.
5. Asegúrese de que la persona permanezca erguida, con la vista al frente, sin moverse y que los brazos caigan naturalmente a los lados.
6. Colóquese al frente de la báscula, y proceda a dar la lectura del valor. Tome la primera medida anotando los kilos y los gramos observados.
7. Peso en kilogramos (kg), se registre con un decimal correspondientes a los gramos (g).

Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Medición de talla gestantes

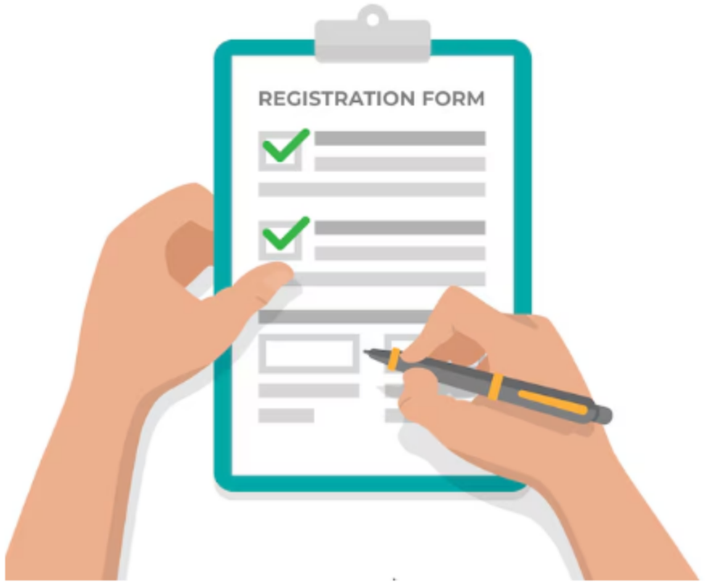
Antropometrista

1. Pida a la gestante que se coloque de espaldas al tallímetro, de tal manera que su cuerpo se encuentre ubicado en la parte media del mismo, con los pies ligeramente separados, formando un ángulo de 45° y los talones topando el tallímetro.
2. Los brazos deben colgar libremente a los lados del tronco, con las palmas de las manos dirigidas hacia los muslos.
3. Los talones y rodillas juntas, coincidiendo con la parte media del tallímetro.
4. Coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón de la persona, y suavemente cierre sus dedos (teniendo cuidado de no tapar la boca) y proceda a ubicar la posición de la cabeza hasta mantener el Plano de Frankfort.
5. El dorso debe estar estirado, para lo cual pida a la persona que haga una inspiración profunda. Con la mano derecha deslice el
6. tope móvil del tallímetro sobre la cabeza de la persona.

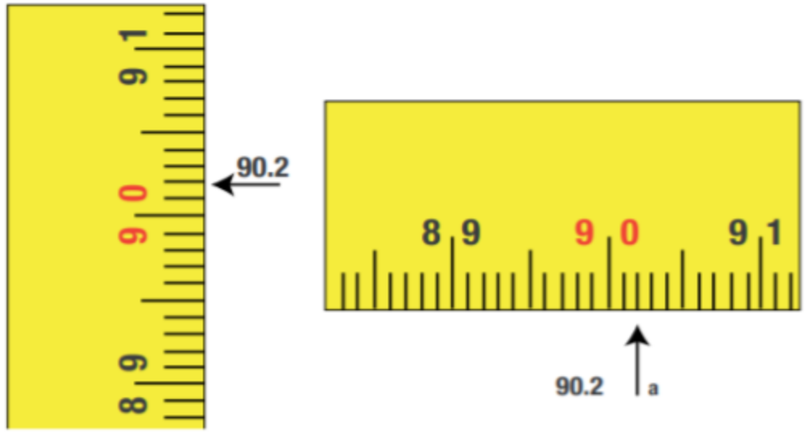
Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Registro del dato

1. Registre el dato anotando la talla en centímetros, tomando en cuenta que también se registre un decimal.



Si entre las dos medidas hay una diferencia de más 0,5 cm (5 mm) proceda a tomar una tercera medida



Fuente: MSP,(2014). Manual de Procedimientos de Antropometría y determinación de la Presión arterial.

Índice de masa corporal (IMC)

El IMC es la relación entre el peso y la estatura del individuo, es un indicador de gran utilidad para evaluar el estado nutricional en una forma práctica, sencilla, económica y aplicable a toda la población.

$$IMC = \frac{PESO\ (Kg.)}{TALLA\ (m)^2}$$

Objetivo

Vigilar de forma sistemática y adecuada, la ganancia de peso de la mujer gestante, disminuir los riesgos causados por la deficiencia o excesiva ganancia de peso.

Clasificación	IMC peso (kg) /talla (m)^2
Bajo peso	Menos de 18,5
Rango normal	18,5 - 24,99
Sobrepeso	25 - 29,99
Obesidad	Más de 30
Obesidad grado I moderada	30 - 34,99
Obesidad grado II severa	35 - 39,99
Obesidad grado III muy severa	Más de 40

Fuente: MSP, (2014). Guía de Práctica Clínica de Alimentación y Nutrición de la Gestante y Madre en Período de Lactancia.

Ganancia de peso adecuado

Recomendaciones para la ganancia total de peso (kg) y velocidad de ganancia de peso (kg/semana) durante el embarazo

Clasificación IMC	Rango recomendado de ganancia durante el embarazo	Velocidad de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre kg/semana
Bajo peso <18,5	12,5 a 18	0,51 Rango: 0,44-0,58
Normal 18,5 – 24,9	11,5-16	0,42 Rango: 0,35-0,50
Sobrepeso 25 -29,9	7–11,5	0,28 Rango: 0,23-0,33
Obesidad >30	5-9	0,22 Rango: 0,17-0,27

Fuente: MSP, (2014). Guía de Práctica Clínica de Alimentación y Nutrición de la Gestante y Madre en Período de Lactancia Pg 18.

Ganancia de peso adecuado

Aumento total de peso en embarazos gemelares

Preembarazo IMC o durante el primer trimestre	Incremento de peso recomendado kg kg
IMC 18,5 a 24,9, peso normal	17-25
IMC 25,0 a 29,9, sobrepeso	14-23
IMC ≥ 30, Obeso	11-19

Aumento total de peso en embarazos gemelares

	Ganancia de peso /semana			Aumento acumulativo de peso		
IMC Preconcepcional	2-13 semanas	14-26 semanas	27 semanas	A las 13 semanas	A las 26 semanas	37-42 semanas
Normal (18,5-24,9)	0,12 a 0,49 kg	0,64 a 0,94 kg	0,50 a 0,83 kg	1,4 a 5,4 kg	10,0 a 16,4 kg	16,8 a 24,5 kg
Sobrepeso (25-29,9)	0,03 a 0,39 kg	0,57 a 0,87 kg	0,42 a 0,81 kg	0,3 a 4,3 kg	7,7 a 14,1 kg	14,1 a 22,7 kg
Obesos (≥ 30)	No se ha determinado					

Fuente: MSP, (2014). Guía de Práctica Clínica de Alimentación y Nutrición de la Gestante y Madre en Período de Lactancia Pg 18.

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrició Infantil

Proyecto Ecuador Libre de Desnutrición Infantil - PELDI

Ministerio de Salud Pública

Cumplimiento del Paquete Priorizado de gestantes y niñas y niños menores de 24 meses de edad

METAS

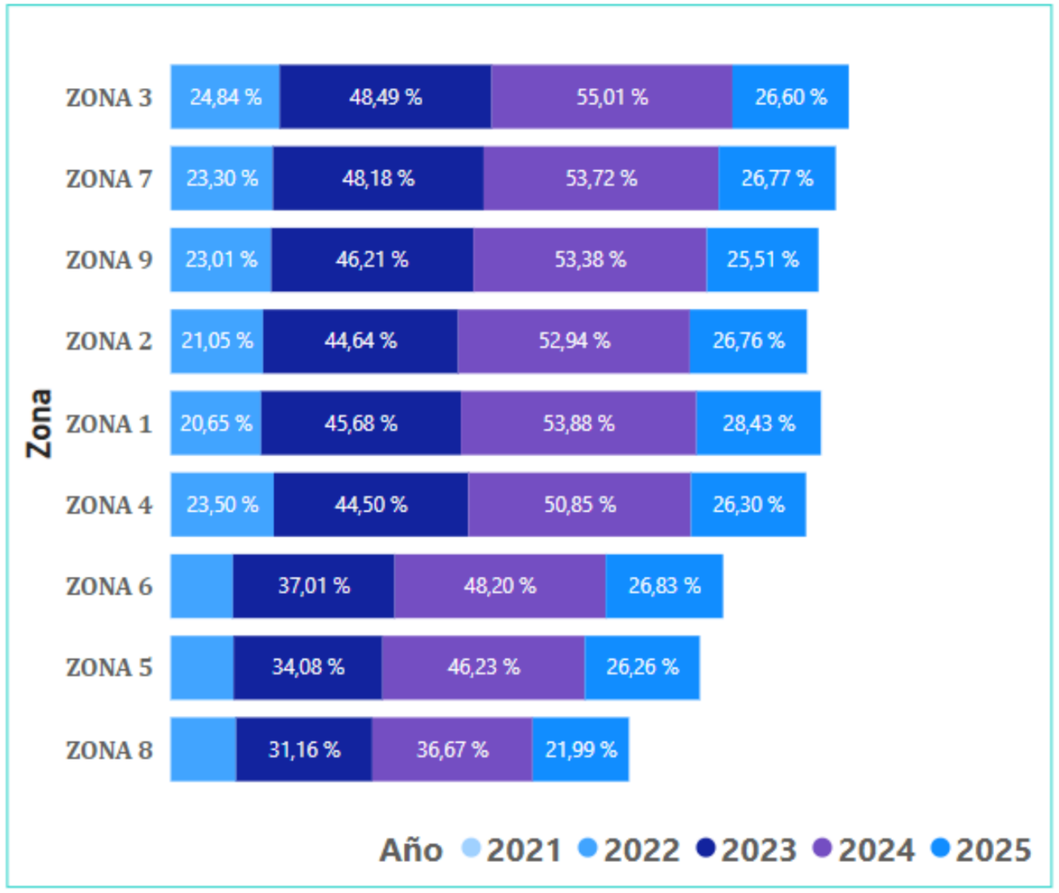
- Contribuir a la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil del 19,3% al 18,7% en 2025
- Al 2025, el 80 % de niños menores 2 años que cumplen el paquete priorizado completo y oportuno según la edad.
- Al 2025, el 90 % de madres embarazadas que cumplen el paquete priorizado completo y oportuno según edad gestacional o al finalizar el embarazo.

GRUPO		AÑOS			
		2022	2023	2024	2025
GESTANTES	META NACIONAL	8,1%	25,2%	46,8%	90%
	CUMPLIMIENTO	19,48%	41,12%	49,21%	26,06%*
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 24 MESES DE EDAD	META NACIONAL	7,20%	22,4%	41,60%	80%
	CUMPLIMIENTO	2,73%	8,08%	20,17%	21,61% *

Fuente: Visualizador de indicadores del Paquete Priorizado
*** El porcentaje se ha obtenido de acuerdo con las atenciones realizadas en las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención correspondientes al MSP con corte al mes de marzo 2025.**

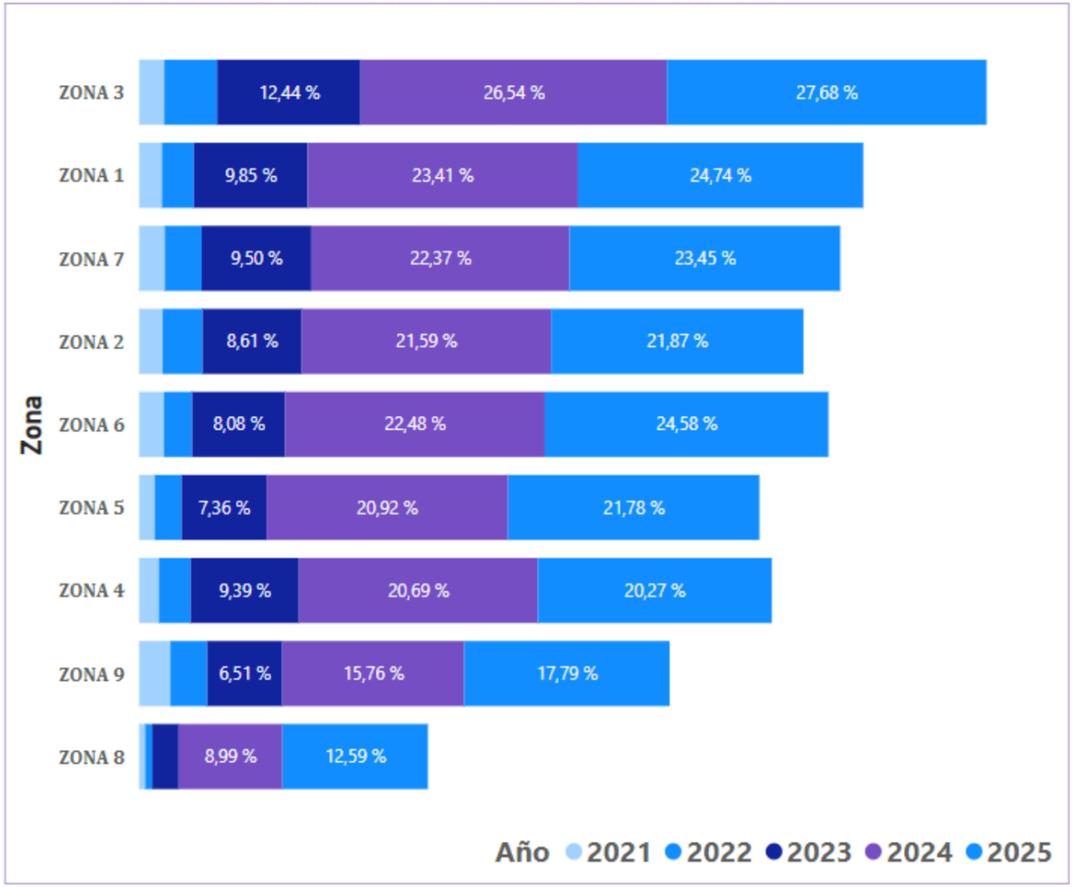
Histórico

Porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional, por zona - HISTÓRICO



0,12	19,04	41,12	49,21	26,06

Porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado según la edad, por zona -

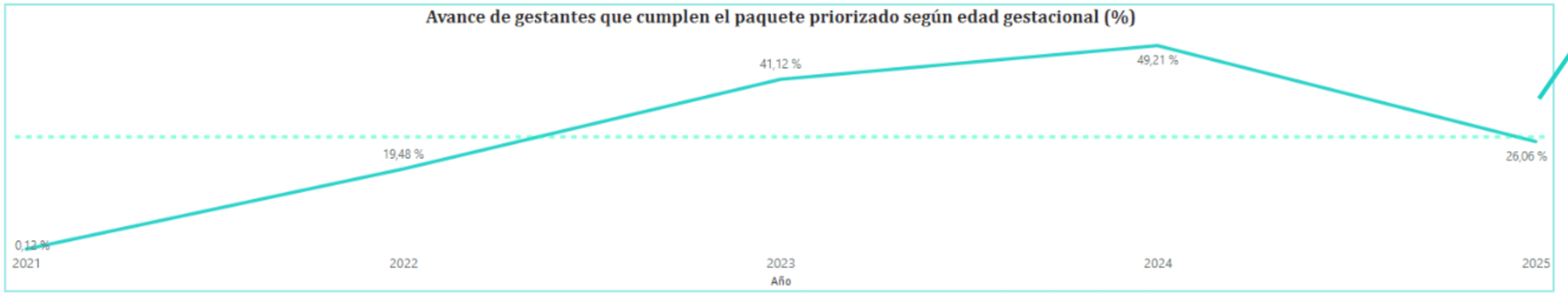


1,81	2,73	8,08	20,17	21,61

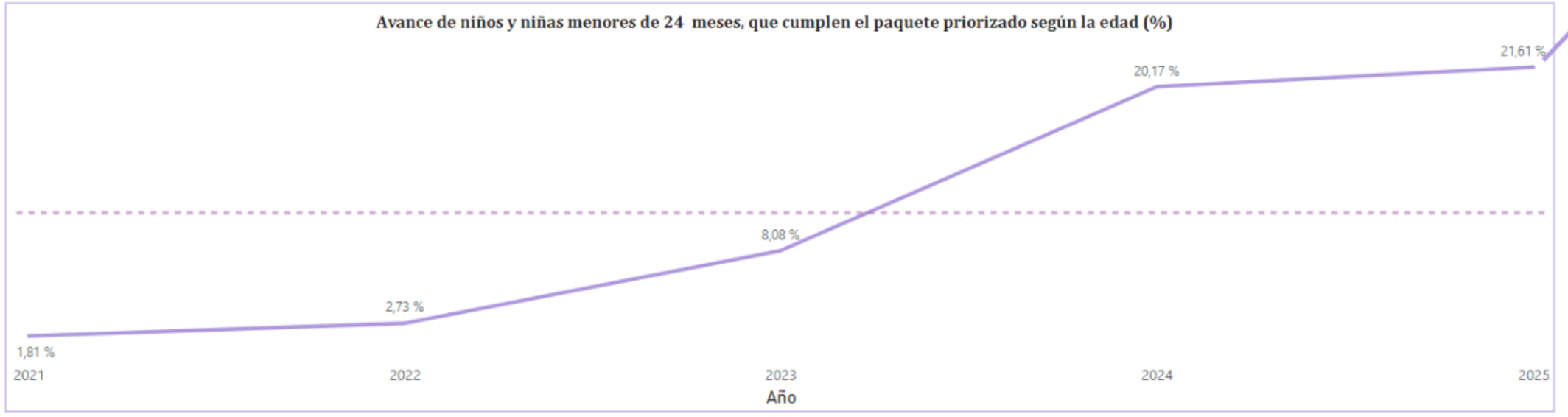
Fuente: Visualizador de indicadores del Paquete Priorizado
*** El porcentaje se ha obtenido de acuerdo con las atenciones realizadas en las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención correspondientes al MSP con corte al mes de marzo 2025.**

Avances cumplimiento Paquete Priorizado

90%



80%



Fuente: Visualizador de indicadores del Paquete Priorizado
*** El porcentaje se ha obtenido de acuerdo con las atenciones realizadas en las Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención correspondientes al MSP con corte al mes de marzo 2025.**

EL NUEVO ECUADOR
Ministerio de Salud Pública

Paquete Priorizado de bienes y servicios

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Paquete Priorizado mujeres gestantes

- Control Prenatal
- Planificación del parto
- Valoración de hemoglobina
- Diagnóstico y tratamiento
- Ecos obstétricos
- Consulta sobre consumo/exposición de alcohol, tabaco, drogas
- Evaluación psicológica
- Tamizaje de Diabetes mellitus
- Pruebas rápidas de TORCHs
- Exámenes de VIH,
- Prescripción de hierro
- Vacuna a adulta gestante
- Educación y consejería en nutrición y planificación
- Medición de presión arterial

Control Prenatal

Atenciones de salud que se ofrecen a la embarazada para identificar factores de riesgo que puedan afectar el embarazo y la salud de su hijo.

Control Prenatal mensual

Componentes: promoción, prevención, recuperación de la salud con enfoque de interculturalidad, género, generacional

Primer control:

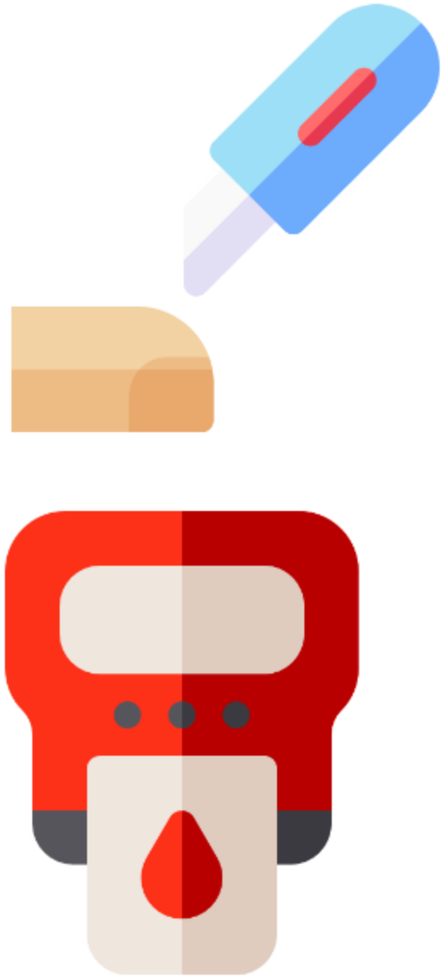
Lo más pronto posible (primer trimestre) Identifica y descarta patologías	**R-A**
Se recomienda evaluar el estado nutricional en toda consulta prenatal. En el primer control prenatal se debe:	
- Toma de peso (kg) y talla (cm)	**R**
- Registrar los valores de la gestación actual en el formulario de curvas de la ganancia de peso de la mujer gestante SNS-MSP/HCU – Form. 051A-2011	

Nomenclatura:
R: Recomendación
A: Directamente basada en evidencia categoría I

Planificación del parto y transporte

Se recomienda establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencias/emergencias que se puedan presentar durante el embarazo: Plan de Parto y Plan de Transporte

Valoración de hemoglobina



La medición de hemoglobina y hematocrito podrán identificar anemia, pero no la deficiencia de hierro.

En el primer control prenatal, a cualquier edad gestacional, se deberá:	
-Descartar anemia***	**R-A**
- Realizar medición de hemoglobina	**R**

Nomenclatura:
R: Recomendación
A: Directamente basada en evidencia categoría I
B: Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I

Fuente
MSP (2015). "GPC Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo –Historia natural de la enfermedad y pronóstico" Pág. 12
MSP (2015). "Guía Control Prenatal. Recomendaciones acerca de del primer control prenatal, controles subsecuentes y el número de consultas.". Pág. 14
MSP (2015). "Guía Control Prenatal. Recomendaciones acerca de exámenes de laboratorio.". Pág. 21

Diagnóstico y tratamiento de anemia en el embarazo

La anemia en el embarazo se asocia con un mayor riesgo de resultado maternos, fetales y perinatales adversos.

Clasificación de la anemia según la severidad clínica

Clasificación	Valores de hemoglobina
Anemia severa	< 7,0 g/dL
Anemia moderada	7,1 –10,0 g/dL
Anemia leve	10,1- 10,9 g/dL

Anemia:
•Primer y tercer trimestre: Hb < 11 g/dl; Hcto. <33%
•Segundo trimestre: Hb <10,5 g/dl; Hcto. <32%

E-1b

Determinar nivel de Hb para detección de anemia (Hb <11g/dL) a toda embrazada al inicio de la gestación y a las 28 semanas. Esto daría suficiente tiempo para tratar la anemia si es detectada.

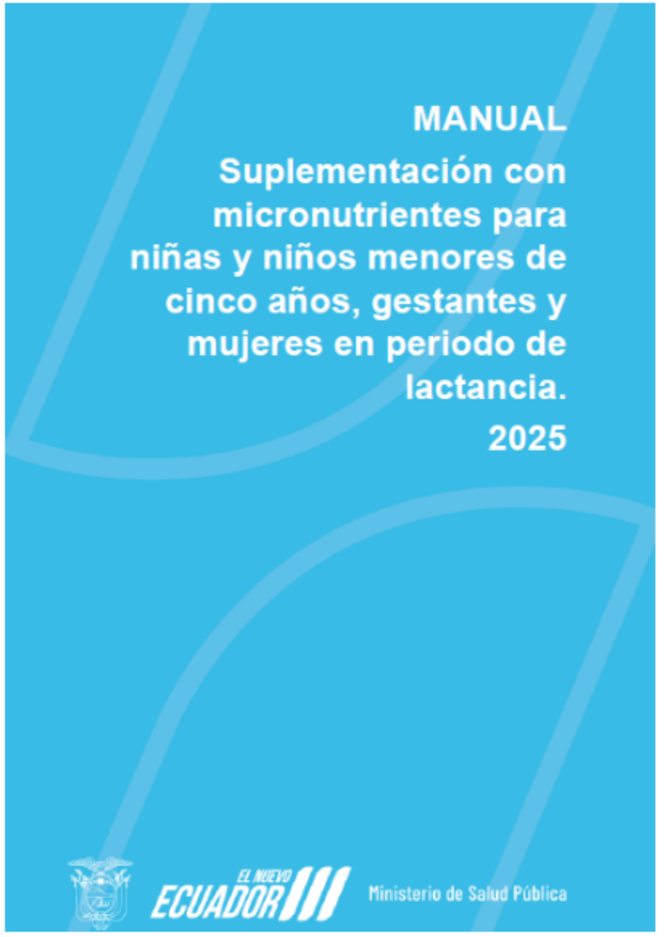
R-B

Nomenclatura:
E: Evidencia
R: Recomendación
1b: Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio
B: Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I

Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y mujeres en periodo posparto

Determinación de la anemia por grupos etarios y según los niveles de hemoglobina

Población	Con anemia según niveles de hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según datos de hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Mujeres > de 15 a 65 años no gestantes	<8	8-10,9	11-11,9	≥ 12
Gestante primer trimestre	<7	7-9,9	10-10,9	≥ 11
Gestante segundo trimestre	<7	7-9,4	9,5-10,4	≥ 10,5
Gestante tercer trimestre	<7	7-9,9	10-10,9	≥ 11



Fuente:
Fuente: World Health Organization. 2024. Guideline on Haemoglobin Cutoffs to Define Anaemia in Individuals and Populations. Ginebra, Suiza: World Health Organization.

Ajustes de las concentraciones de hemoglobina medidas en función de la altitud sobre el nivel del mar

Para conocer el nivel de hemoglobina de referencia, restar la cantidad siguiente al valor medido.

Metros sobre el nivel del mar	Cantidad a restar a la concentración medida de Hg
<1000	0
1000-1499	0,2
1500-1999	0,5
2000-2499	0,8
2500-2999	1,3
3000-3499	1,9
3500-3999	2,7
4000-4499	3,5
4500-4999	4,5

Fuente:

•MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 31, 32, 43

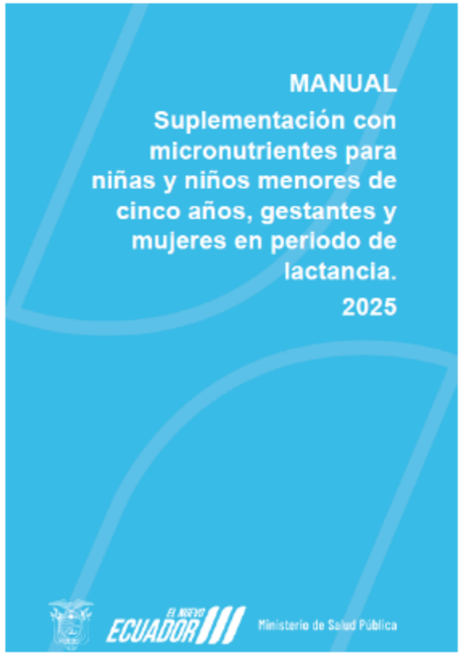
•AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 11, 12 y 28.

Tablas para el ajuste de hemoglobina según la altura sobre el nivel del mar

Para conocer el nivel de hemoglobina de referencia, restar la cantidad siguiente al valor medido.

Altitud		Factor de ajuste por altitud
Desde	Hasta	
0	499	0,0
500	999	4,0
1000	1499	8,0
1500	1999	11,0
2000	2499	14,0
2500	2999	18,0
3000	3499	21,0
3500	3999	25,0
4000	4499	29,0
4500	4999	33,0

Fuente:
- World Health Organization. 2024. Guideline on Haemoglobin Cutoffs to Define Anaemia in Individuals and Populations. Ginebra, Suiza: World Health Organization.



Fuente:
- Ministerio de Salud Pública. "Suplementación con micronutrientes para niñas y niños menores de cinco años, gestantes ymujeres en periodo de lactancia". Manual. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2025.

EL NUEVO ECUADOR Ministerio de Salud Pública

Prescripción de hierro + ácido fólico

Composición de la suplementación	Hierro: 60 mg de hierro elemental Ácido fólico : 400 µg (0,4 mg)
Frecuencia	Un suplemento diario
Duración	Durante todo el embarazo la suplementación con hierro más ácido fólico debería iniciar lo más temprano posible.
Grupo objetivo	Todas las embarazadas: adolescentes y adultas

Fuente:
MSP (2014). GPC Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo Pg 20

Esquema de suplementación preventiva con hierro para gestantes y mujeres en periodo posparto

Principio activo:	Sales de hierro + Ácido fólico	
Presentación:	Sólido oral, 60 mg + 400 mcg	
Grupo objetivo	Gestantes	Mujeres en periodo posparto
Dosis	Durante todo el embarazo la suplementación con hierro más ácido fólico debería iniciar lo más temprano posible.	1 tableta diaria durante tres meses después del parto
Frecuencia	Diaria	Diaria
Ruta de administración	Oral	
Criterio	• Administración media hora antes de la comida para una mejor absorción. • No dar el suplemento de hierro junto con la leche, té o café • Advertir a las usuarias que el hierro puede producir cambio en el color de las heces (café oscuro) y/o estreñimiento • En mujeres que planifican su embarazo, se recomienda La administración de hierro debe registrarse en la LIS y en el formulario 051 y/o Historia Clínica del paciente	

Beneficios

- Reducir el riesgo de recién nacidos con bajo peso al nacer
- Aumento significativo de la hemoglobina materna y la concentración de ferritina sérica/plasmática materna.

Fuente:

•Ministerio de Salud Pública. "Suplementación con micronutrientes para niñas y niños menores de cinco años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia". Manual. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2025.

Exámenes de VIH, VDRL y EMO

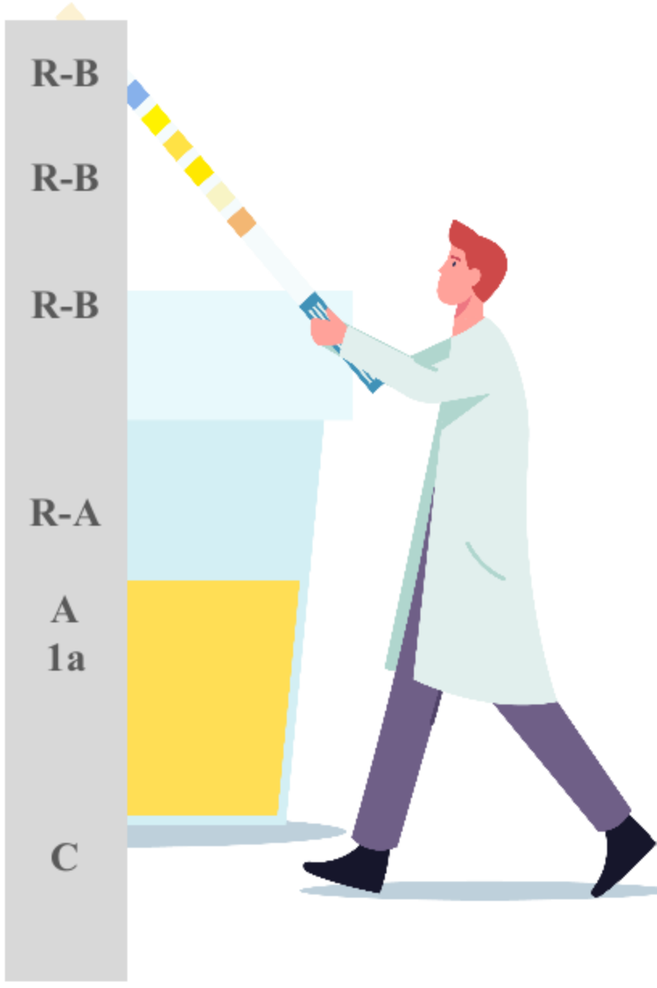
VIH	5 pruebas: una en cada trimestre, una en el momento del parto y una postparto	R-A
VDRL Prueba confirmatoria FTA-abs	Detección de Sífilis en el primer control. Repetir la prueba si la paciente o su pareja refieren conducta de riesgo. Toda embarazada en la que se reporte VDRL positivo debe ser referida a especialista en Gineco-obstetricia para tratamiento.	R-A
Urocultivo	Recomendado para bacteriuria asintomática en etapas temprana del embarazo y en cada trimestre en mujeres con historia conocida de ITU recurrente. Durante las visitas prenatales, es necesario el tamizaje de IVU, ya que la mayoría de las mujeres estarán asintomáticas inicialmente. Siendo el diagnóstico preciso de infección de vías urinarias la base del tratamiento	R-A

Nomenclatura:
R: Recomendación
A: Directamente basada en evidencia categoría
I

Fuente::
- MSP (2015). "Guía Control Prenatal. Recomendaciones acerca del primer control prenatal, controles subsecuentes y el número de consultas". Pág. 13-15.
- MSP (2013). "Infección de Vías Urinarias en el embarazo. Diagnóstico de IVU en el embarazo, Bacteriuria asintomática". Pág. 16

Pruebas rápidas de TORCHs, proteinuria

Toxoplasmosis	Se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal en embarazadas de riesgo por exposición, debido a la alta prevalencia en nuestro medio.
Anticuerpos de rubéola	Recomendado si no se conoce historia de la enfermedad o inmunización.
Citomegalovirus	Recomendado en cada embarazo en el primer control
MCV	
Herpes simple	Recomendado en cada embarazo en el primer control y a las 24 a 34 semanas
VIH	Realizar tamizaje de VIH en usuarias embarazadas: • Primer control prenatal (independientemente de la edad gestacional) • Segundo trimestre de gestación • Tercer trimestre de gestación
Proteinuria	Se recomienda realizar proteinuria en los controles prenatales normales dentro de las semanas 12 y 24, junto a valoración de TA. Se recomienda repetir la prueba de proteinuria en control subsecuente en mujeres nulíparas o con antecedentes de hipertensión o preeclampsia /eclampsia.



Ecos obstétricos

Se recomienda al menos 3 ecografías

Primera ecografía: entre la 11 y 14 semanas.	R-D
Segunda ecografía: entre las 18 y 24 semanas, óptimo a las 22 semanas, mejor momento para realizar estudio morfológico	R-A
Tercera ecografía: entre las 30 y 36 semanas, valora alteraciones de crecimiento, identifica fetos pequeños o grandes para edad gestacional	E-Ia
Se debe realizar ecografía abdominal en toda embarazada a las 36 semanas para confirmar presentación y descartar placenta previa asintomática.	R-D

Consejería y educación en período prenatal

Primer control prenatal:

- Cambios fisiológicos del embarazo
- Higiene personal
- Actividad física
- Estilos de vida: eliminar el tabaco, drogas y alcohol.
- Alimentación saludable
- Signos de alarma

R-D

En cada control prenatal:

- Estilos de vida saludables
- Actividad física
- Alimentación
- Sexualidad y planificación familiar

R-D

FUENTE:

MSP (2015). "Guía Control Prenatal – Recomendaciones acerca del primer control prenatal, controles subsecuentes y el número de consultas Pág. 14,15.

MSP (2015). "Educación Prenatal – Norma Técnica".

MSP (2016). "Normativa sanitaria para la certificación como amigos de la Madre y del niño, a los establecimientos de salud del sistema Nacional de salud, que atiendan partos". Págs. 31-36

Vacunas para embarazadas

Tétanos (Antitoxina tetánica): Única vacuna que se recomienda utilizar durante el embarazo:	**R-A**
1° dosis antes de 20 semanas y 2° dosis entre las semanas 27 y 29.	
Influenza estacional: Se recomienda la vacuna de la influenza inactivada a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.	**R-A**
Preferible al primer contacto	
Varicela: si no existe evidencia de inmunización 1° dosis: tan pronto termine el embarazo y, siempre que sea posible, antes del alta. 2° dosis: entre las 4 y las 8 semanas después de la primera dosis.	**E-Ia**

dT[a]	Esquema según historia vacunal. Si no existe antecedente, iniciar esquema con intervalos. Seguimiento de esquema en LIS

En el Esquema Nacional de Inmunizaciones sólo se considera la vacunación con dT y con influenza para la mujer embarazada

Fuente:
MSP (2015). "Guía Control Prenatal – Recomendaciones acerca de vacunas durante el embarazo Pg 24.
MSP (2019). "Manual Vacunas para enfermedades inmunoprevenibles - Vacunación recomendada en grupos de riesgo Pg 93, 94)

Consulta sobre consumo/exposición de alcohol, tabaco, drogas

El lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, etc

E-Ib

Toda embarazada en su primer control prenatal debe recibir información acerca de:
(…)
- Cambios en estilos de vida: suspender el tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol.

(…)

R-D

El exceso de alcohol tiene efectos adversos sobre el crecimiento del feto y en los niveles de coeficiente intelectual en la infancia. Por lo tanto se recomienda que la embarazada evite el consumo, el mismo no debe superar una unidad estándar por día.
*1 unidad estándar equivale a 250 ml de cerveza u 125 ml de vino.

R-D

No se recomienda el consumo de tabaco en el embarazo. El tabaquismo se ha asociado a un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal, muerte súbita infantil, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico, placenta previa, parto prematuro, bajo peso al nacer y el desarrollo de labio o paladar hendido

E-Ia

Se debe informar acerca de los riesgos específicos ocasionados por el consumo de tabaco durante el embarazo, por lo que se recomienda:
- hacer énfasis en los beneficios de suspender el tabaquismo
- asesoramiento por parte del profesional de la salud
- sesiones de grupo y
- terapia de adicciones (basado en manuales de auto ayuda)

R-B

Fuente:
MSP (2015). "Guía Control Prenatal – Recomendaciones acerca del primer control prenatal, controles subsecuentes y el número de consultas; Recomendaciones acerca de exámenes de laboratorio1 Pág. 13, 15, 18,

Medición de la presión arterial

Medir y registrar presión arterial (ver GPC Trastornos hipertensivos del embarazo). R-D

CLASIFICACIÓN	CRITERIOS Y DEFINICIONES
Hipertensión en el embarazo	Tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual (≥) 140 mmHg y/o Tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual (≥) 90 mmHg* en cualquier momento del embarazo
Hipertensión severa en el embarazo	TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg*.
Preeclampsia sin signos de gravedad (leve)	TAS ≥ 140 mm Hg y menor (<) 160 mmHg y/oT AD ≥ 90 mmHg y < 110 mmHg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.
Preeclampsia con signos de gravedad (grave)	TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

* teniendo como base el promedio de por lo menos 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo. ** ≥ 300 mg en orina de 24 horas, o relación proteinuria/creatinuria en muestra aislada ≥ de 30 mg/mmol o ≥ 0.26 mg proteinuria/mg de creatinuria y/o proteinuria al azar con tira reactiva ≥ 1+;

Fuerza de la recomendación	Recomendaciones para la clasificación del embarazo con alto riesgo para preeclampsia
C	Se recomienda realizar una valoración de los factores de riesgo clínicos de preeclampsia desde el comienzo del embarazo
C	Se recomienda clasificar a la embarazada en alto o bajo riesgo de preeclampsia o hipertensión gestacional en el primer control prenatal. Una embarazada de alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional es aquella que presenta uno o más factores de alto riesgo o dos o más factores de riesgo moderado

Fuente:
MSP (2015). "Guía Control Prenatal – Recomendaciones acerca del primer control prenatal, controles subsecuentes y el número de consultas Pág. 14,15.
MSP (2016). GPC Trastornos hipertensivos del embarazo, Pgs19, 23

Tamizaje de Diabetes mellitus

Detectar diabetes gestacional, solicitar glucosa en ayunas*	**R-D**
En todo control prenatal se debe identificar modificaciones en los factores de riesgo evaluar sobre todo la presencia de violencia doméstica, preeclampsia, infecciones y diabetes	**E-IIb**
Se realizará una glucemia en ayunas en la consulta médica inicial, que se interpretará de la siguiente manera: Mayor a 126 mg/dL = diabetes preexistente Entre 92 a 126 mg/dL = DG Menor de 92 mg/dL = se realizará una PTOG de 75 g entre las semanas 24 y 28 de gestación (Ver GPC diabetes en el embarazo).	**R-A**

Fuente:
MSP (2015). "Guía Control Prenatal – Recomendaciones acerca del primer control prenatal, controles subsecuentes y el número de consultas; Recomendaciones acerca de exámenes de laboratorio1 Pág. 14, 17, 21.

Paquete Priorizado Niños menores de 2 años

Estrategia para realizar un seguimiento de la salud al niño, tomando en cuenta la perspectiva del ciclo vital en salud, el cual reconoce los períodos críticos de crecimiento, las fases sensibles del desarrollo así como los riesgos físicos, sociales, la posibilidad de sufrir enfermedades y el resultado en salud en fases posteriores de la vida.

- Controles de niño sano
- Tamizaje metabólico
- Prácticas integrales
- Vacunas
- Prescripción de hierro
- Prescripción de vitamina "A"
- Valoración de hemoglobina
- Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria
- Administración de antiparasitarios

Prácticas integrales del parto

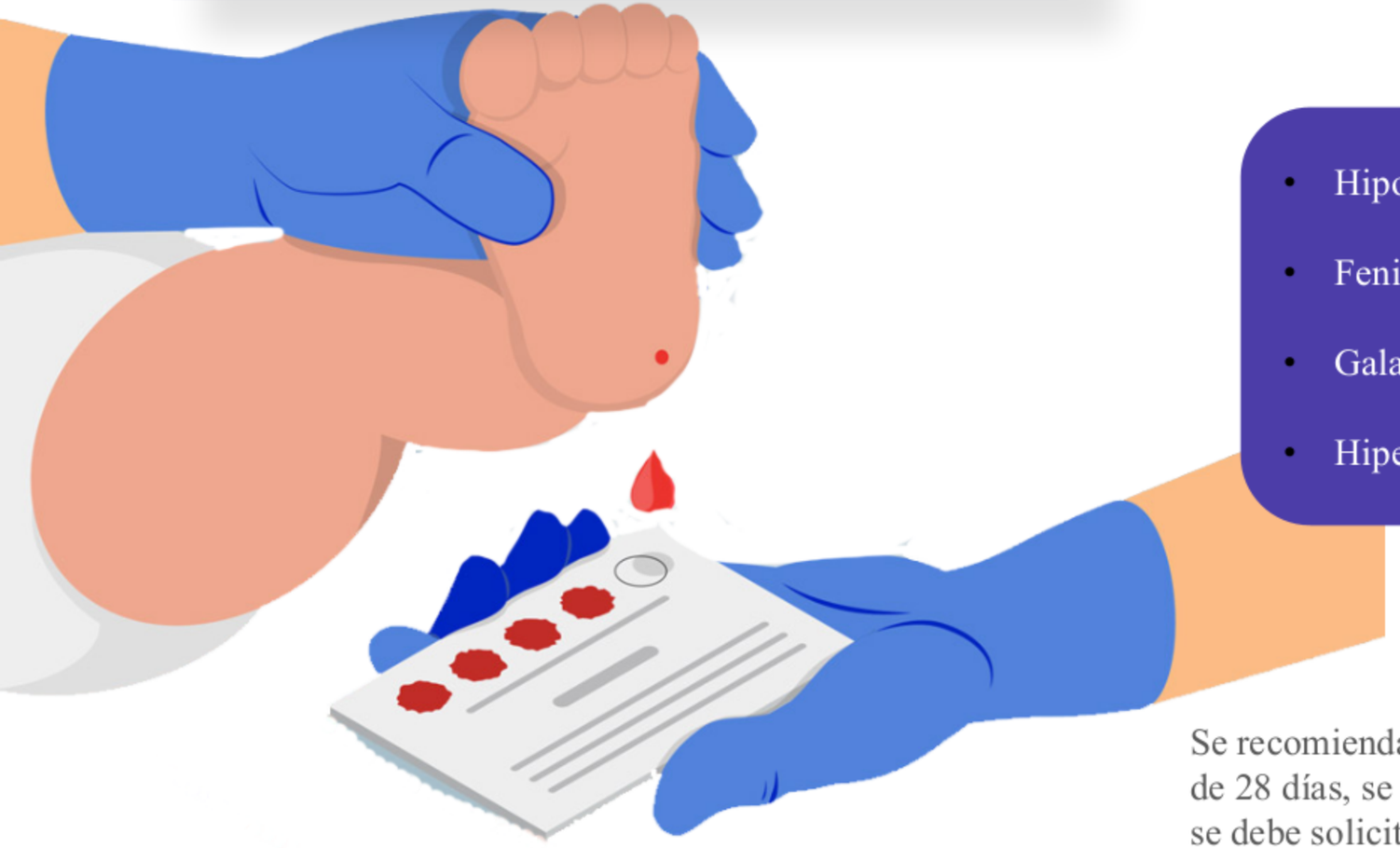
Contacto inmediato piel con piel	**Beneficios:** mejora la adaptación del RN, fortalece vínculo, promueve inicio de lactancia, menor tiempo de llanto.
Pinzamiento y corte del cordón umbilical:	**Beneficios:** mayor concentración de hemoglobina y en las reservas de hierro hasta los 6 meses de edad 1 a 3 minutos después del nacimiento, o cuando haya dejado de latir. Realizar inmediatamente en caso de que el recién nacido requiera reanimación.
Alimentación inicial – lactancia materna:	**Beneficios:** reduce riesgo de mortalidad infantil, fortalece vínculo afectivo, alimentación con calostro (alto en inmunoglobulinas y nutrientes), favorece el inicio y continuidad de lactancia materna.

Fuente:
MSP (2018). "Manual de atención Integral a la niñez".
Págs.15-17.

Tamizaje metabólico

OBLIGATORIO

Muestra sanguínea del neonato, desde el día 4 al 28 de vida



Objetivo: detectar y tratar a tiempo enfermedades que no son visibles al nacer, pero que pueden causar discapacidad intelectual o muerte precoz.

- Hipotiroidismo Neonatal
- Fenilcetonuria
- Galactosemia
- Hiperplasia Suprarrenal Congénita

Se recomienda que, en la primera consulta del niño sano, en menores de 28 días, se verifique si fueron tamizados. En aquellos no tamizados se debe solicitar una determinación de 17-hidroxilasa.

Controles de crecimiento

Objetivo:
Realizar seguimiento al crecimiento y desarrollo del niño, promoviendo comportamientos saludables, identificando riesgos y tratando posibles problemas de salud.

Permite al niño alcanzar su potencial en salud y se refleje en una adultez sana y productiva.

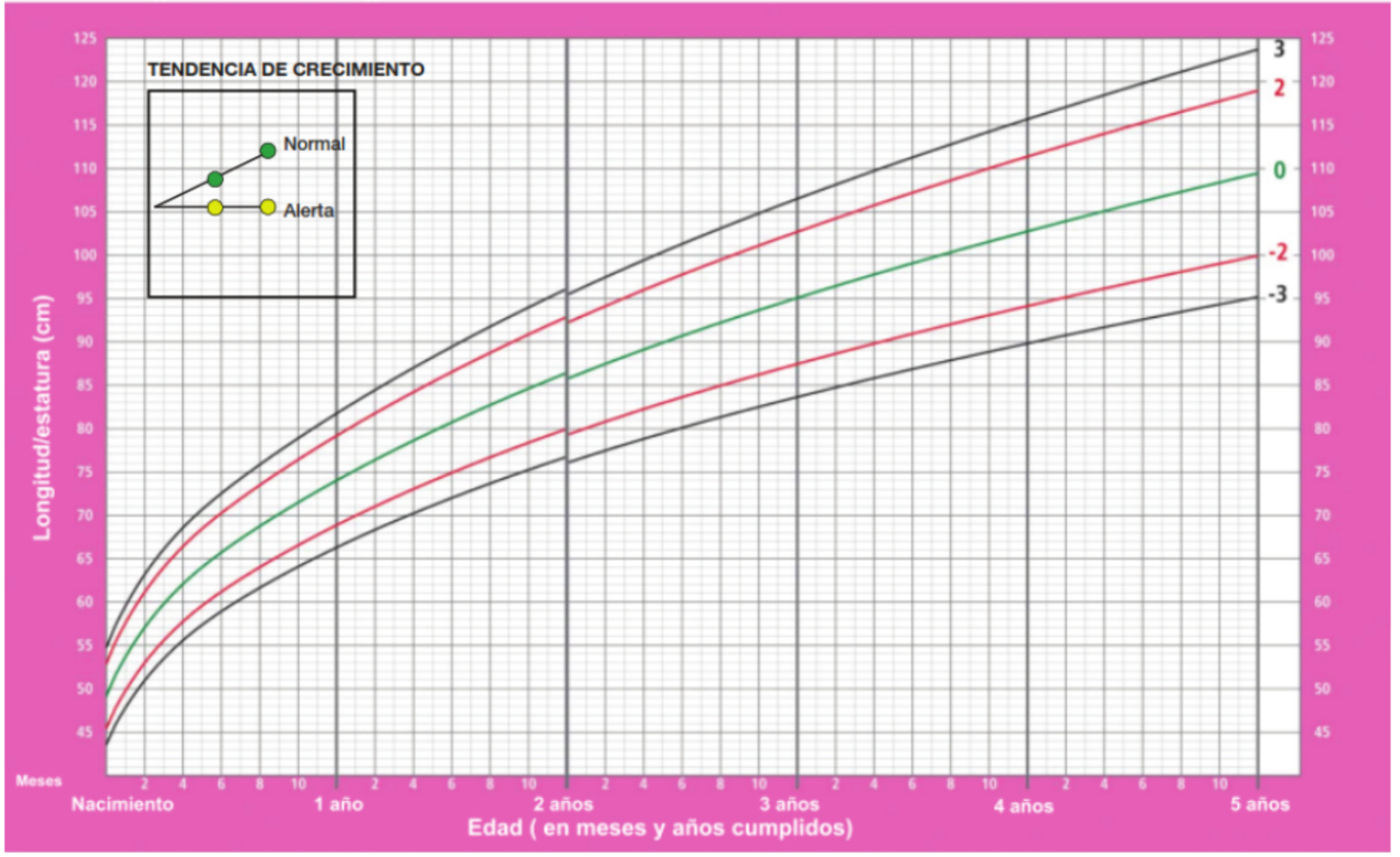
Primer control de niño sano	Días de Vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Frecuencia de controles		R		X				R			
Controles de los primeros 12 meses de edad	Meses de Vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Frecuencia de controles	X	X	X	X	X	X	X	X	R	X	R	X
Controles de los trece meses a los veinte y cuatro meses	Meses de Vida	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	Frecuencia de controles			X			X			X			X

Fuente:

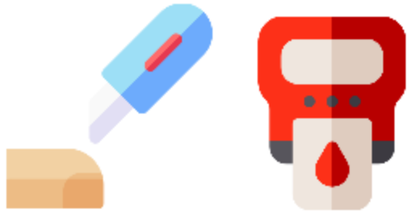
•MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 31, 32, 43
•AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 11, 12 y 28

Registro del control del niño sano

Evaluación del crecimiento



Valoración de hemoglobina



Edad de valoraciones

- 6 a 9 meses
- 10 a 12 meses
- 15 a 18 meses
- 21 a 24 meses

Anemia grave	• Palidez palmar intensa • Hb < 7 g/dL	• REFERIR urgente al hospital aplicando recomendaciones para el transporte "REFIERA"
Anemia moderada	• Palidez palmar leve • Hb de 7 a 9.9 g./dL	• Evaluar alimentación y dar consejería nutricional. • Dar tratamiento con hierro (b) • Entregar cantidad necesaria de suplemento de hierro para 14 días. • Control a los 14 días para verificar la adherencia al tratamiento. • Controles mensuales
Anemia leve	• Hb de 10 a 10,9 g/dL	• Evaluar alimentación y dar consejería nutricional • Dar suplemento de hierro (b)
Sin anemia	• No tiene palidez palmar Hb >= 11 g/dL	• Felicitar a madre, padre o cuidador. • Dar consejería nutricional • Dar suplemento de hierro preventivo

b) Si la niña/o tiene desnutrición aguda severa y recibe ATLU, no ofrecer hierro liquido o en forma de micronutriente en polvo porque ATLU ya contiene suficiente hierro
(c) El esquema preventivo (1 sobre pasando un día, por 6 meses consecutivos o hasta completar 90 sobres) es suficiente para corregir la anemia leve.

Fuente:
•MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 31, 32, 43
•AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 11, 12 y 28.

Valoración de hemoglobina- Pasos para la toma de hemoglobina

1. Asegúrese que la niña o niño a ser evaluado se lave las manos con agua y jabón antes de realizar
2. Sujetar la mano y asegurar que esté caliente al tacto
3. Pedir a la madre o cuidador de sujetar al niño o niña
4. Seleccione el dedo, asegurar que esté medio o el anular
5. Seleccione el dedo, asegurar que esté medio o el anular.

6. Desinfecte el dedo con una torunda de alcohol y deje secar.

7. Presione suavemente y masajee con el dedo pulgar la parte media del dedo hasta la punta.

8. Tome la muestra en un lado de la punta del dedo, NO en el centro.

9. Elimine la lanceta en el guardián o en el recipiente de plástico de bioseguridad
10. Limpie con papel absorbente las 2 primeras gotas de sangre

11. Asegure que la tercera gota sea lo suficientemente grande que llene la microcubeta

12. Limpie con papel absorbente la sangre sobrante en la parte exterior de la cubeta, esto evita que se manche el lente de la pantalla y salga "error"

13. Revise la microcubeta hacia la luz, Si hay burbujas o se visualiza el reactivo amarillo, deseche y tome una nueva
14. Si la muestra es adecuada, coloque la microcubeta en el
15. En la niña o niño, retire la torunda de la zona de punción y coloque una "curita"

16. Registre los resultados que aparecen en la pantalla
17. Retire la microcubeta del hemoglobinómetro y desechar.
18. Retire los guantes de las manos y bote en la bolsa roja de bioseguridad, junto con la torunda y el papel

Fuente:

•Ministerio de Salud Pública. "Suplementación con micronutrientes para niñas y niños menores de cinco años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia". Manual. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2025.

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Valoración de hemoglobina

Control de hemoglobina para los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad	**El primer control:** 6 meses de edad del niño o niña. Si el niño o niña no viene en este mes, realizar la toma, en el primer control después de los 6 meses de edad **El segundo y siguientes controles de hemoglobina:** Realizar el segundo control de hemoglobina a los 12 meses de edad del niño o niña. En caso de que la toma de la primera muestra de hemoglobina sea posterior a los 6 meses de edad del niño o niña, realice la toma 6 meses después de la primera, los siguientes valores de hemoglobina se tomarán cada 6 meses hasta que el niño cumpla 59 meses de edad.
Control de hemoglobina para mujeres en periodo de lactancia	**El primero y único control de hemoglobina:** periodo de lactancia, es decir el valor de hemoglobina se puede tomar desde el momento del parto o durante los tres meses posteriores al mismo, en vista que la suplementación con micronutrientes a las madres en periodo de lactancia dura 3 meses
Control de hemoglobina para gestantes	**El primer control:** Solicite este control antes de las 20 semanas de gestación, en la primera consulta. Si la embarazada acude pasadas las 20 semanas de gestación a la primera consulta, de igual manera se evaluará el valor de hemoglobina. **El segundo control:** Solicite este control después de las 20 semanas, y a las 32 semanas de gestación en caso de que la toma de la primera hemoglobina sea posterior a las 20 semanas, realice la segunda toma 12 semanas después de la primera muestra.

•Ministerio de Salud Pública. "Suplementación con micronutrientes para niñas y niños menores de cinco años, gestantes y mujeres en periodo de lactancia". Manual. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Interculturalidad e Igualdad, Ministerio de Salud Pública - MSP, 2025.

Suplementación de hierro en polvo

Suplemento de micronutrientes en polvo (hierro encapsulado, zinc, vitaminas A, C y D, y ácido fólico), que se añaden al alimento para prevenir anemia por deficiencia de hierro.

Grupo destinatario	Niños de 6 a 23 meses de edad
Composición por sobre	• Hierro:12,5 mg • Vitamina A (retinol): 300 µg • Zinc elemantal: 5 mg • Vitamina C: 30 mg • Ácido fólico: 160 µg
Dosis	1 sobre pasando un día por 6 meses consecutivos (Total 90 sobres)
Ajustes	Áreas donde la prevalencia de anemia en niños menores de 5 años es del 20% o más

Fuente:

- MSP (2011). Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes – Pág. 26
- OMS (2016) "Directriz de la OMS: Uso de polvos de micronutrientes múltiples para la fortificación en el lugar de uso de los alimentos consumidos por lactantes y niños pequeños de 6 a 23 meses y niños de 2 a 12 años." Págs. 3, 4
- MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 31, 32, 43
- AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 27.

Suplementación con Sulfato de Zinc

A. Zinc para tratamiento de la diarrea (aguda, persistente y disentería)

Dosis a administrar 1 vez al día por 14 días

Edad	Dosis	Tabletas dispersable de Zinc de 20 mg a dispersar en 5 mL de leche materna solución de SRO o agua potable (una cucharadita)*	Jarabe de Zinc
2 a 5 meses	10 mg	Media tableta **	10 mg
≥ 6 meses	20 mg	Una tableta	20 mg

B. Zinc para suplementación terapéutica en talla baja, en niñas y niños de 6 a 23 meses de

Dosis a administrar 1 vez al día por 3 meses (12 semanas)

Edad	Tabletas dispersable de Zinc de 20 mg a dispersar en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable (una cucharadita)*	Jarabe de Zinc
6 meses a <2 años	Media tableta (10mg)**	10 mg

Si la niña o niño tiene diarrea, además de talla baja, primero completar el tratamiento con zinc para la diarrea, a las dosis indicadas en el cuadro A y luego continuar con el zinc a las dosis indicadas en el cuadro B.
El zinc debe ser administrado alejado de las comidas; por ejemplo, durante la noche antes de dormir.
** Una niña o niño mayor de edad puede masticar la tableta o tragarla con un poco de agua.*
*** Si la tableta no es ranurada, dispersarla en 5 mL de leche materna, solución de SRO o agua potable, administrar 2.5 mL de esta solución a la niña o niño, y desechar el resto.*

Fuente:
- MSP (2011). Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes – Pág. 26
- OMS (2016) "OMS (2011) Directriz: Administración de suplementos de vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses de edad.." Págs. 5
- MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 55, 66, 78, 91, 104, 117.
- AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 28.

Suplementación con Hierro Polimaltosado

Suplementación para tratamiento de la anemia con hierro en forma de gotas o jarabe

SOLUCIÓN DE HIERRO Aproximadamente 3 mg/kg/día de hierro elemental (máx. 50 mg/día) por 3 meses		
Peso	Dosis de referencia en mg por día	Solución Sulfato ferroso 25 mg/mL Hierro elemental 1.25 mg = 1 gota
4-5 kg	15 mg	12 gotas
6-8 kg	20 mg	15 gotas
9-11 kg	30 mg	25 gotas
12-14 kg	40mg	30 gotas
15-17 kg	45 mg	35 gotas
18-20 kg	50 mg	40 gotas

- Para niñas o niños menores de 6 meses o de más de 23 meses de edad.
- Para niñas o niños de 6 a 23 meses de edad cuando no están disponibles los sobres de micronutrientes en polvo.
- Precauciones con el uso del hierro: ver abajo de este recuadro.

Fuente:

- MSP (2011). Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes – Pág. 26
- OMS (2016) "OMS (2011) Directriz: Administración de suplementos de vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses de edad.." Págs. 5
- MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 55, 66, 78, 91, 104, 117.
- AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 28.

Suplementación con Hierro Polimaltosado

Suplementación para tratamiento de la anemia utilizando sobres de micronutrientes en polvo y dosis adicional de hierro, para niñas y niños de 6 a 23 meses con anemia moderada.

Peso	Sobre de micronutrientes 1 sobre/día Por 3 meses	SOLUCIÓN DE HIERRO. Dosis: aproximadamente 3 mg/kg/día de hierro elemental (como máximo) menos 12.5 mg que es el contenido en hierro del sobre de micronutriente en polvo (Dosis total máxima de hierro elemental 50 mg/día), por 3 meses	
	Contiene 12,5 mg De hierro elemental	Dosis de referencia en mg por día por 3 meses	Solución Sulfato ferroso 25 mg/mL Hierro elemental 1,25 mg de hierro = 1 gota
6 – 8 kg	1 sobre	12,5 mg	10 gotas
9 – 11 kg	1 sobre	15 mg	15 gotas
12-14 kg	1 sobre	25 mg	20 gotas

- Administrar 1 sobre /día de micronutrientes + dosis complementaria de hierro en forma de gotas o jarabe
por 3 meses.
- Si no están disponibles los sobres de micronutrientes en polvo, administrar hierro según cuadro en la esquina superior derecha de esta página.

Precauciones con el uso del hierro:

- En zona de alto riesgo de malaria, realizar gota gruesa antes de iniciar el tratamiento con hierro. Si es positiva, tratar primero la malaria
- En caso de utilizar sulfato ferroso aconsejar su administración media hora antes de la comida para una mejor absorción. En caso de malestar estomacal (raro en niños menores de 2 años) se puede
- tomar 2 horas después de la comida.
- No dar la solución de hierro junto con la
- leche.
Advertir que puede producir cambio en el color de las heces (café oscuro).

En caso de enfermedad seguir

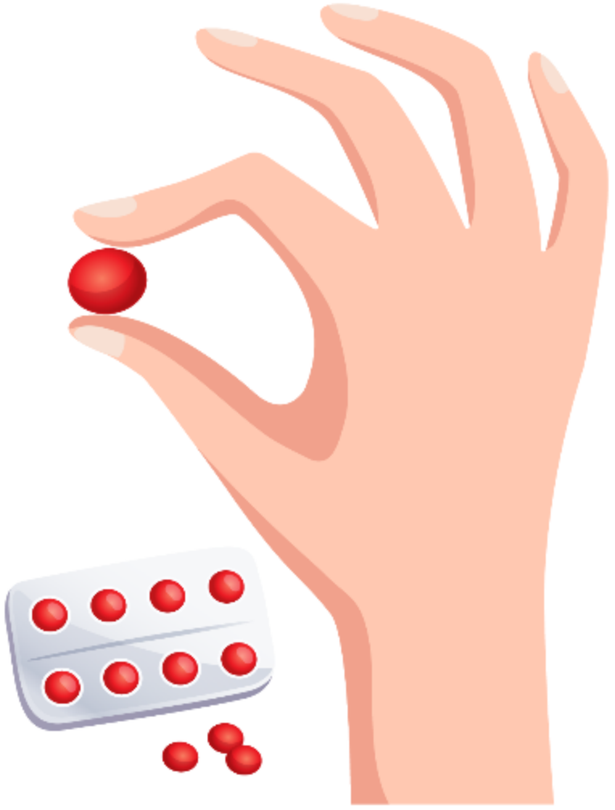
Suplementación con vitamina A

La suplementación con vitamina A se hace mediante dos vías:

- Mediante las Chis Paz que contienen 300 ug de Equivalentes de Retinol (RE) equivale a 999 Unidades
- Internacionales (U.I).

A través de megadosis semestrales, en dosis específicas para la edad.

ESQUEMA UNIVERSAL (Preventivo)		
Esquema	Vitamina A-MEGADOSIS	Nota
2 meses a < 6 meses	50.000 UI	Dosis única a los menores de 6 meses no lactantes, que no hayan recibido lactancia materna ni sucedáneos de leche materna con vitamina A.
6 meses a < 12 meses	100.000 UI	Vía oral cada seis meses a niños/niñas de 6 a 11 meses 100.000 UI.
12 meses a < 59 meses	200.000 UI	Vía oral cada seis meses a niños/niñas de 12 a 59 meses 200.000 UI.
Si la niña o niño tiene desnutrición severa, diarrea persistente o sospecha de sarampión, administrar Vitamina A, excepto si ha recibido una megadosis de vitamina A en el último mes.		



Fuente:

- MSP (2011). Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes – Pág. 26
- OMS (2016) "OMS (2011) Directriz: Administración de suplementos de vitamina A a lactantes y niños de 6 a 59 meses de edad.." Págs. 5
- MSP (2018). "Atención integral a la niñez". Pág. 55, 66, 78, 91, 104, 117.
- AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 28.

Sesiones de educación nutricional infantil y consejería cuidados del RN durante el posparto

La finalidad es ganar la confianza de los padres y lograr una buena comunicación, de manera que, ellos puedan ayudar a su hijo o hija.

- Lactancia materna exclusiva y lactancia materna continua
- Alimentación complementaria

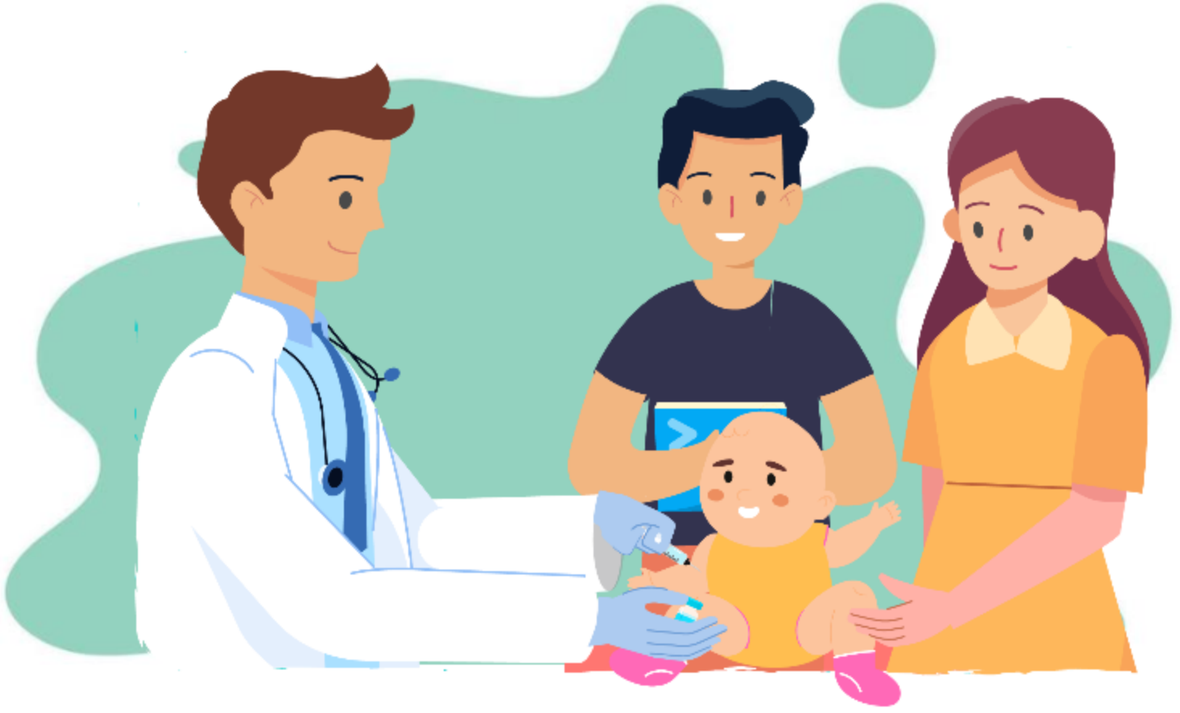
Si un niño o niña está creciendo bien, felicitar a los padres o cuidadores y motivarlos a continuar.

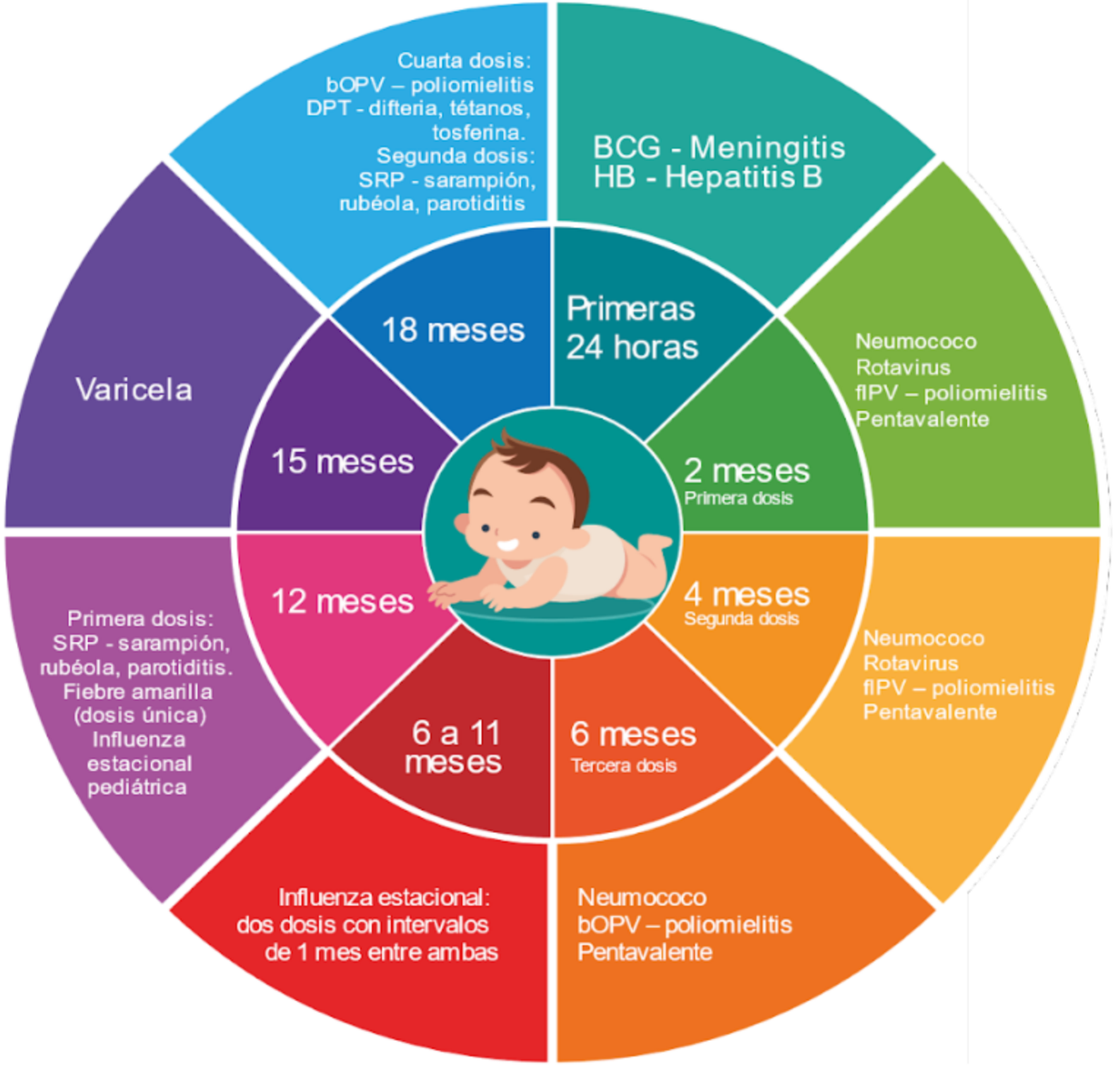
En el caso de que exista algún problema, se debe mantener una conversación positiva y evitar cualquier insinuación de juicio o acusación contra los padres.

Fuente.

- AIEPI-MSP (2017). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia; Recomendaciones a los padres o cuidadores".
- MSP (2011). "Manual de consejería nutricional para el crecimiento y alimentación de niños y niñas menores de cinco años y de cinco a nueve años.
- MSP (2015). "Paso a Paso por una Infancia Plena".

Esquema de vacunación





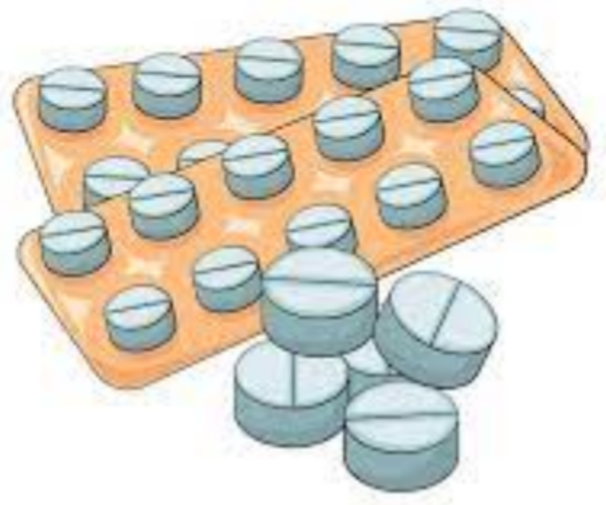
Administración de antiparasitarios

ALBENDAZOL

Dar albendazol en el establecimiento de salud, dosis única si existen las 3 condiciones siguientes:

- Los parásitos intestinales son un problema en la zona donde vive el niño o la niña
- La niña o niño es mayor a 1 año
- La niña o niño no ha recibido una dosis en los últimos 12 meses

Edad	Dosis	Tab 400 mg	Solución 101 mg/5mL
12 a 23 meses	200 mg	1/2	10 mL Dosis única
Niña o niño de 2 años o más	400 mg	1	20 mL Dosis única



Fuente:

- AIEPI-MSP (2018). "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia". Pág. 23

EL NUEVO ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

SISTEMA DE SEGUIMIENTO NOMINAL –Salud

Ministerio de Salud Pública

EL NUEVO ECUADOR

NORMATIVA

En el artículo 4 del Decreto 1211 indica que “(…) el Seguimiento Nominal será el mecanismo mediante el cual se realizará el control a la prestación del “Paquete Priorizado” a través del cual se verificará de forma intersectorial la entrega oportuna de las prestaciones que recibe la población objetiva de la presente estrategia garantizando su atención integral.(…)”

¿QUE ES EL SISTEMA DE SEGUIMIENTO NOMINAL – SALUD ?

Es una herramienta informática que permite la **visualización** del estado de la entrega de las prestaciones de salud del paquete priorizado de manera oportuna para **niñas/os menores de 3 años** y mujeres gestantes, que se encuentran **adscritos** a un establecimiento del Ministerio de Salud pública; de acuerdo a la normativa vigente.